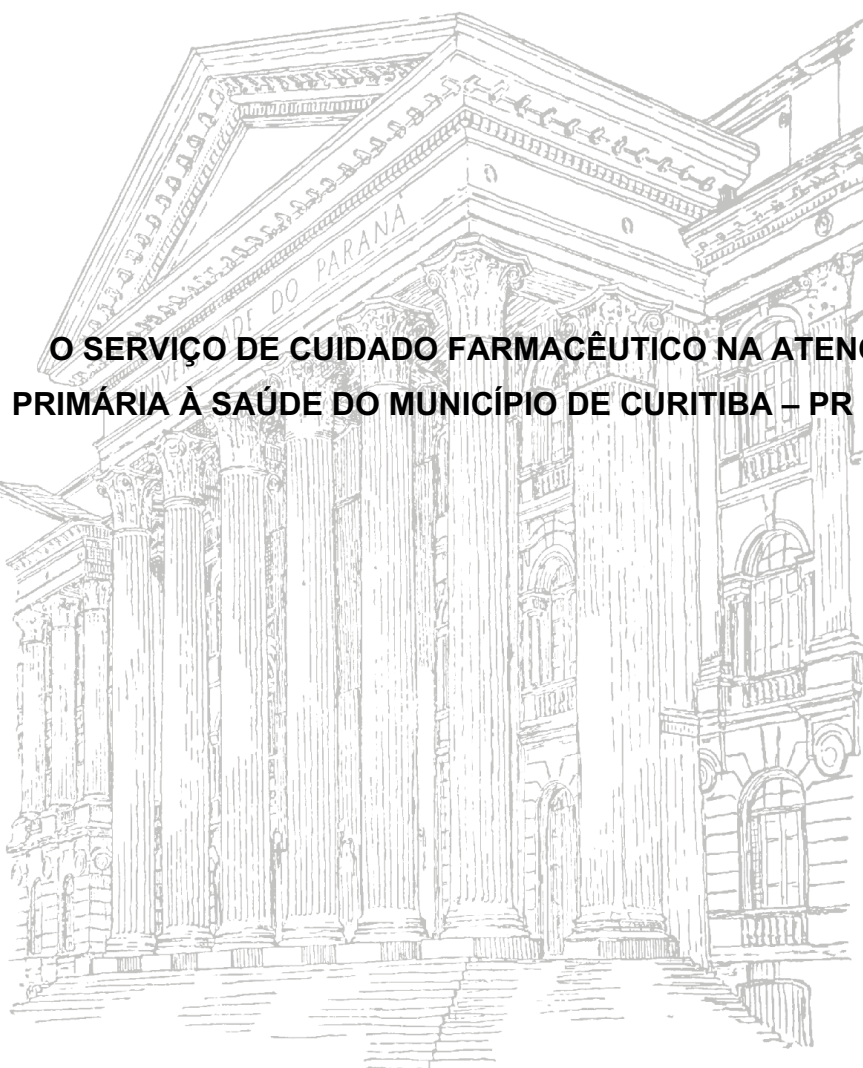


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

NATÁLIA FRACARO LOMBARDI

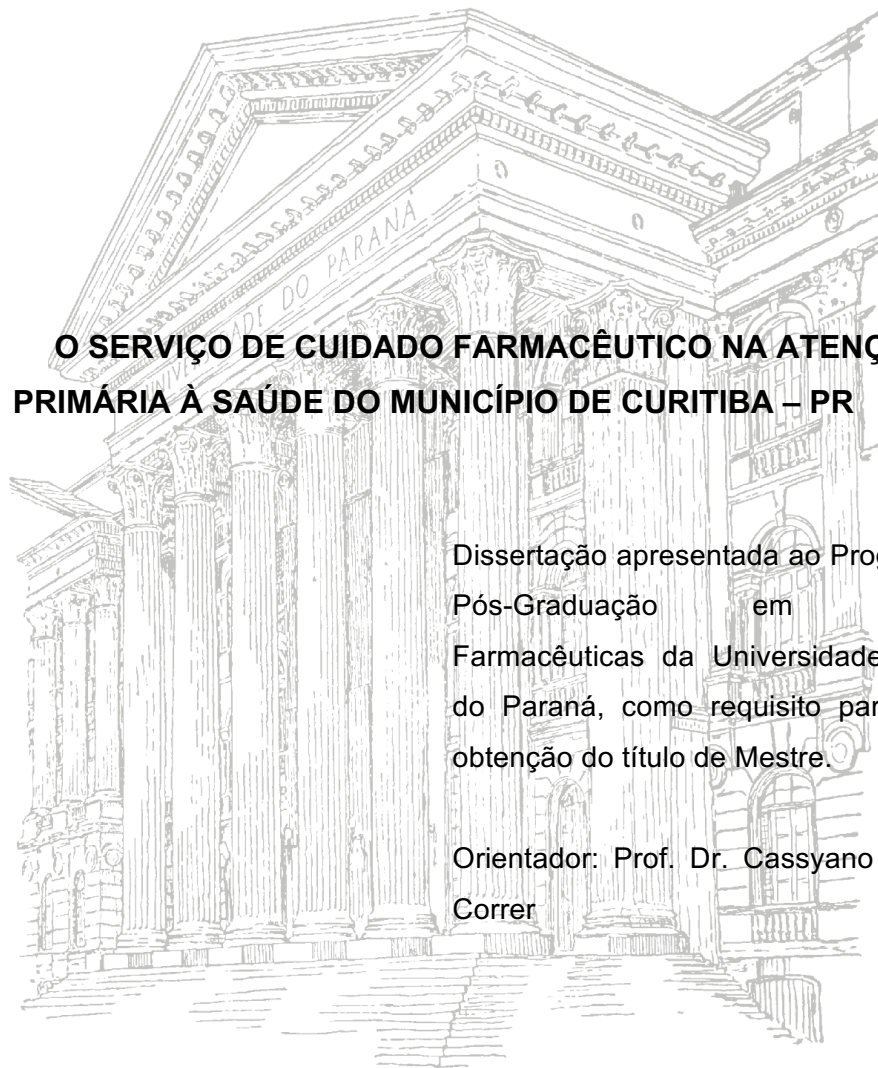


**O SERVIÇO DE CUIDADO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CURITIBA – PR**

CURITIBA

2016

NATÁLIA FRACARO LOMBARDI



**O SERVIÇO DE CUIDADO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CURITIBA – PR**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Ciências
Farmacêuticas da Universidade Federal
do Paraná, como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Cassyano Januário
Correr

CURITIBA

2016

Lombardi, Natália Fracaro

O serviço de cuidado farmacêutico na atenção primária à saúde do município de Curitiba – PR /
Natália Fracaro Lombardi – Curitiba, 2016.

129 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientador: Professor Dr. Cassyano Januário Correr

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Setor de
Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. 2016.

Inclui bibliografia

1. Problemas relacionados à Farmacoterapia. 2. Segurança do paciente. 3. Farmácia clínica.
4. Intervenções farmacêuticas. 5. Trabalho colaborativo. I. Correr, Cassyano Januário. II. Universidade
Federal do Paraná. III. Título.

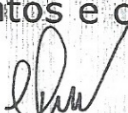
CDD 615.1

TERMO DE APROVAÇÃO

NATÁLIA FRACARO LOMBARDI

Título: **"O SERVIÇO DE CUIDADO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - PR"**

Dissertação aprovada como requisito parcial para a obtenção de grau de Mestre, no Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, da Universidade Federal do Paraná, área de concentração: Insumos, medicamentos e correlatos.


Prof. Dr. Cassyano Januário Correr
Orientador


Prof. Dr. Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque
Universidade Federal do Paraná


Profa. Drª. Maria Marta Nolasco Chaves
Universidade Federal do Paraná

Curitiba, 07 de março de 2016.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus por ter trilhado meus caminhos até aqui, por ter me iluminado nos momentos de escuridão e permitido que pessoas maravilhosas estivessem ao meu lado durante o desenvolvimento deste trabalho.

Devo toda minha gratidão às pessoas especiais que estiveram ao meu lado, fisicamente e emocionalmente, durante este meu trajeto de dois anos, tenham certeza que esta minha vitória não é apenas minha, e ela não seria possível se vocês não estivessem comigo.

Meus pais, irmãs, cunhados que se tornaram irmãos, e sobrinhos Caio, Rafael e o pequenino Augusto, por me acolherem, me darem amor, e me proporcionarem momentos especiais durante esses dois anos, tais momentos foram essenciais para que meus pés continuassem no chão e meu coração aquecido. O meu amor Marcelo, a pessoa que segurou a minha mão e também me deu as broncas e os conselhos que eu precisava ouvir nos momentos em que eu já não conseguia mais pensar sozinha. Agradeço a vocês, minha família, pelo companheirismo, pela paciência, pelo apoio e por nunca terem desistido de acreditar em mim. Vocês são meus maiores exemplos de vida.

Meus amigos e colegas de trabalho, do LASCES, de manhãs, tardes e noites de trabalho, de choros e desesperos, e também de comemorações e alegrias. Tê-los ao meu lado foi um prazer, e o que construímos juntos como equipe e como família eu me lembrarei sempre. Thais, Rangel e Flávia, sem vocês tudo isso não existiria! Obrigada, obrigada e obrigada, vocês foram importantíssimos neste projeto lindo e para mim, desde o início até o último segundo, e são pessoas que quero levar para a vida toda no meu coração.

Meus amigos de infância, de adolescência, de faculdade, de viagens, da minha vida toda. Sempre tê-los ao meu lado, mesmo do outro lado do mundo, em outro canto da América Latina, em outros estados, ou até no bairro ao lado foi essencial para que minha sanidade e serenidade fossem mantidos. Vocês são especiais independente da nossa distância, e participaram desta trajetória da mesma forma que participariam se estivessem fisicamente ao meu lado todos os dias.

Todos os envolvidos neste projeto, Cassyano Correr, meu orientador, Michel Otuki, Maria Ondina e Orlando, membros do DAF (Departamento de Assistência Farmacêutica), e aos farmacêuticos envolvidos: Beatriz Patriota, Cristiane Chemin, Daniele Chaves, Edson Parise, Elayne Busmayer, Linda Morishita, Marília Chinasso, Marina Miyamoto, Patricia Bach, Rafael Bobato, Rosângela Amorim, Rosimeire da Costa, Silmara Simioni, meus maiores e mais sinceros agradecimentos. Este trabalho é também de vocês, eu fui apenas uma pequena parte de um projeto maravilhoso realizado por todos vocês.

SUMÁRIO

38

| | | |
|----------|--|------------|
| 6 | DISCUSSÃO | 67 |
| 7 | CONCLUSÃO | 95 |
| | REFERÊNCIAS | 96 |
| | APÊNDICES | 118 |
| | APÊNDICE A - FARMACÊUTICOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE CURITIBA E PARTICIPANTES DO PROJETO QUALIFARSUS, E SEUS RESPECTIVOS DISTRITOS SANITÁRIOS. | 118 |
| | APÊNDICE B – PRONTUÁRIO PRIMEIRA CONSULTA | 119 |
| | | 119 |
| | APÊNDICE C - PRONTUÁRIO RETORNO | 125 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| TABELA 1: PRINCIPAIS DEFINIÇÕES UTILIZADAS EM RELAÇÃO À SEGURANÇA DO PACIENTE RELACIONADA A MEDICAMENTOS | 27 |
| TABELA 2: FREQUÊNCIA DE PACIENTES POR NÚMERO DE CONDIÇÕES CLÍNICAS DIAGNOSTICADAS – ABR – SET/2014 | 50 |
| TABELA 3: PORCENTAGEM DE PACIENTES NOS QUAIS FORAM IDENTIFICADOS OS QUINZE TIPOS DE PROBLEMAS RELACIONADOS A FARMACOTERAPIA MAIS COMUNS NA PRIMEIRA CONSULTA - ABR - SET/2014..... | 55 |
| TABELA 4: PORCENTAGEM DE PACIENTES QUE RECEBERAM OS QUINZE TIPOS DE INTERVENÇÕES MAIS COMUNS NA PRIMEIRA CONSULTA – ABR – SET/2014 | 58 |
| TABELA 5: NÚMERO DE RETORNOS REALIZADOS - ABR - SET/2014 | 59 |
| TABELA 6: PORCENTAGENS DE PACIENTES QUE APRESENTARAM MUDANÇAS NO PROCESSO DE USO DE MEDICAMENTOS APÓS UMA CONSULTA FARMACÊUTICA, TANTO NO PRIMEIRO RETORNO QUANTO CONSIDERANDO TODOS OS RETORNOS (N PRIMEIRAS CONSULTAS = 876). ABR - SET/2014 | 60 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| QUADRO 1: CONJUNTOS DE PARÂMETROS QUE DEVEM SER AVALIADOS DURANTE AS CONSULTAS FARMACÊUTICAS..... | 38 |
| QUADRO 2: CLASSIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS RELACIONADOS A FARMACOTERAPIA PASSÍVEIS DE IDENTIFICAÇÃO DURANTE CONSULTA FARMACÊUTICA | 39 |
| QUADRO 3:CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS PASSÍVEIS DE IDENTIFICAÇÃO DURANTE CONSULTA FARMACÊUTICA..... | 41 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| FIGURA 1: DIMENSÕES DO PROCESSO DE TRABALHO DO FARMACÊUTICO NA APS DO MUNICÍPIO DE CURITIBA | 31 |
| FIGURA 2: MODELO DE CAPACITAÇÃO PARA O SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE | 33 |
| FIGURA 3: FLUXO DE ATIVIDADES DO SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA..... | 36 |
| FIGURA 4: NÚMERO TOTAL DE MORADORES NA CASA DOS PACIENTES ATENDIDOS – ABR – SET/2014 | 46 |
| FIGURA 5: CLASSIFICAÇÃO DOS PACIENTES DE ACORDO COM O IMC – ABR – SET/2104 | 47 |
| FIGURA 6: NÚMERO DE MÉDICOS PRESCRITORES NO ÚLTIMO ANO, DE ACORDO COM O RELATO DOS PACIENTES E OS REGISTROS DE PRESCRIÇÕES – ABR – SET/2014 .. | 48 |
| FIGURA 7: ACESSO A MEDICAMENTOS RELATADO PELOS PACIENTES – ABR – SET/2014 | 49 |
| FIGURA 8: FREQUÊNCIA DE OCORRÊNCIA DAS CONDIÇÕES CLÍNICAS MAIS PREVALENTES – ABR-SET/2014 | 51 |
| FIGURA 9: ESTADO CLÍNICO DAS CONDIÇÕES CLÍNICAS MAIS COMUNS - ABR – SET/2014 | 52 |
| FIGURA 10: FREQUÊNCIA DE PACIENTES POR NÚMERO DE MEDICAMENTOS EM USO - ABR – SET/2014 | 53 |
| FIGURA 11: MEDICAMENTOS MAIS COMUMENTE UTILIZADOS PELOS PACIENTES ATENDIDOS - ABR – SET/2014 | 54 |
| FIGURA 12: PORCENTAGEM DE PACIENTES APRESENTANDO PELO MENOS UM PROBLEMA RELACIONADO À FARMACOTERAPIA DE CADA CATEGORIA NA PRIMEIRA CONSULTA - ABR - SET/2014 | 55 |
| FIGURA 13: PESQUISA REALIZADA PELO AUTOR NOTA: DADOS OBTIDOS A PARTIR DE PRONTUÁRIOS DE CONSULTAS REALIZADAS NAS UBS NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - ABR - SET/2014..... | 57 |
| FIGURA 14: FREQUÊNCIA DE PACIENTES COM PELO MENOS UM PROBLEMA RELACIONADO À FARMACOTERAPIA DENTRO DE CADA CATEGORIA NA PRIMEIRA CONSULTA E NO RETORNO. ABR – SET/2014..... | 62 |
| FIGURA 15: FREQUÊNCIA DE PACIENTES COM PELO MENOS UMA INTERVENÇÃO DENTRO DE CADA CATEGORIA NA PRIMEIRA CONSULTA E NO RETORNO. ABR - SET/2014 | 63 |
| FIGURA 16: FREQUÊNCIA DE PACIENTES COM OS PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA MAIS COMUNS NA PRIMEIRA CONSULTA EM COMPARAÇÃO | |

COM O NÚMERO DE PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA NO
RETORNO. ABR - SET/2014 (N DE CONSULTAS = 216).....64

FIGURA 17: FREQUÊNCIA DE PACIENTES QUE RECEBERAM AS INTERVENÇÕES MAIS
COMUNS NA PRIMEIRA CONSULTA EM COMPARAÇÃO COM O NÚMERO DE
INTERVENÇÕES RECEBIDAS NO RETORNO. ABR - SET/2014 (N DE CONSULTAS =
216)65

RESUMO

O sistema de atenção à saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS), tem passado por aperfeiçoamentos e mudanças constantemente, e estas mudanças são vistas principalmente na atenção primária. A atuação do farmacêutico clínico na atenção primária à saúde inclui serviços variados que têm como objetivo proporcionar melhor eficiência à gestão terapêutica, integrando o serviço, a comunidade e o ensino para realizar a gestão dos casos, medida do grau de adesão aos tratamentos com medicamentos, reconciliação de medicamentos, dispensação especializada, atendimento farmacêutico a demanda espontânea. Estudos demonstram a alta frequência de problemas relacionados à farmacoterapia, sendo os mais comuns relacionados à não adesão ao tratamento, falha terapêutica, reações adversas a medicamentos, interações medicamentosas e erros de medicação. O presente estudo teve por objetivo analisar os resultados da implantação de um serviço de clínica farmacêutica na atenção primária à saúde do Município de Curitiba-PR. Foi um estudo retrospectivo descritivo, realizado a partir da análise de dados presentes em prontuários de consultas farmacêuticas realizadas pelos profissionais integrantes das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) durante o ano de 2014. Os seguintes dados foram coletados: origem do paciente; idade; gênero; autonomia na gestão de medicamentos; presença de cuidador para auxílio nos cuidados em geral; número de moradores na mesma casa; renda mensal; gasto mensal médio com medicamentos; acesso a medicamentos, em quais farmácias retirava os medicamentos e se eram pagos ou não; local de armazenamento dos medicamentos; história de ingestão de bebidas alcoólicas, história de fumo, e realização de exercícios físicos. Condições clínicas diagnosticadas, queixas, medicamentos em uso, prescritos e não prescritos. Problemas relacionados à farmacoterapia e intervenções farmacêuticas realizadas. Também foram avaliados tempo entre primeira consulta e retorno. No período do estudo foram realizadas 1151 consultas farmacêuticas, destas 876 (76,1%) foram primeiras consultas e 275 (23,9%) retornos. A mediana da idade dos pacientes atendidos foi de 66 anos (IQR 25-75: 57-73 anos), e 66,1% dos pacientes eram do sexo feminino. Os pacientes apresentaram mediana de 4 condições de saúde (IQR 25-75: 3-5) e 8 medicamentos em uso (IQR 25-75: 6-11) cada. Foram identificados 6 (IQR 25-75: 4-8) problemas relacionados à farmacoterapia por paciente, sendo as categorias mais comuns, falhas de monitorização (92,0%), problemas de administração de medicamentos, e adesão ao tratamento (84,2%), e de seleção e prescrição (73,2%). Foram realizadas 6 intervenções por paciente (IQR 25-75: 4-9), sendo as categorias mais comuns, fornecimento de informação e aconselhamento (92,9%), provisão de materiais (63,9%) e recomendação de monitoramento (61,8%). Este estudo possibilitou observar o perfil nosológico de 876 pacientes atendidos na atenção primária do município de Curitiba e indicou alta prevalência de condições crônicas em uma população idosa. Identificou problemas relacionados à farmacoterapia em grande maioria dos pacientes, e a realização de intervenções farmacêuticas para reverter o quadro dos problemas, as quais devem ser realizadas em mais do que uma consulta de retorno.

Palavras-chave: Problemas relacionados à Farmacoterapia; Segurança do Paciente; Farmácia clínica; Intervenções farmacêuticas; Trabalho colaborativo

ABSTRACT

The Brazilian health care system, called Unified Health System (SUS) has been going through improvements and changes constantly, and these changes are mostly seen in primary care. The role of the clinical pharmacist in primary health care includes a variety of services that aim to provide better efficiency to medication management, making the service, the community and the school integrated to manage cases, measure the adherence to drug therapy, medication reconciliation, specialized dispensation, spontaneous demand for pharmaceutical care. Studies demonstrate a high frequency of pharmacotherapy related problems, generally related to non-adherence to treatment, treatment failure, adverse drug reactions, drug interactions and medication errors. This study aimed to evaluate the results of the implementation of a clinical pharmacy services in primary health care of the city of Curitiba-PR. It was a retrospective, descriptive study, carried out from the data analysis in the files of pharmaceutical consultations led by professional team members of the Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) during the year of 2014. The following data were collected: patient's source; age; gender; autonomy in medication management; presence of caregiver to aid in general care; how many people living in the same house; monthly income; average monthly expenditure on medication; access to medicines in which pharmacies purchase drugs and whether they were paid or not; drug storage location; alcohol consumption history, smoking history, and physical exercises. Diagnosed medical conditions, complaints, current medications, prescribed and non-prescribed. Problems related to pharmacotherapy and pharmaceutical interventions, and time between first visit and return also was evaluated. During the study period 1151 pharmaceutical consultations were carried out, in which 876 (76.1%) were first consultations and 275 (23.9%) return consultations. The median age of patients was 66 years (IQR 25-75: 57-73 years) and 66.1% of patients were female. Patients had a median of 4 health conditions (IQR 25-75: 3-5) conditions and 8 medications (IQR 25-75: 6-11) each. A median of 6 (IQR 25-75: 4-8) problems related to pharmacotherapy per patient were identified, the most common categories of problems were failure in monitoring (92.0%), problems of administration and compliance to treatment (84.2%), and problems in selection and prescription (73.2%). A median of 6 interventions (IQR 25-75: 4-9) per patient was found, the most common category of interventions were provision of information and advice (92.9%), provision of materials (63.9%) and monitoring recommendation (61, 8%). This study allowed us to observe the medical conditions of 876 patients seen in primary care in the city of Curitiba and indicated a high prevalence of chronic conditions in elderly population. Problems related to pharmacotherapy were identified in most patients, and pharmaceutical interventions were performed to resolve the above problems, which should be performed more than once on the follow-up visits.

Keywords: Pharmacotherapy related problems; Patient Safety; Clinical Pharmacy; Pharmaceutical intervention; Collaborative service

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|--|
| AF | Assistência Farmacêutica |
| CC | Coeficiente de Correlação |
| DAC | Doença arterial coronariana |
| DM | Diabetes mellitus |
| DP | Desvio padrão |
| DSLP | Dislipidemia |
| EAM | Eventos adversos a medicamentos |
| EM | Erros de medicação |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| EUA | Estados Unidos da América |
| HAS | Hipertensão arterial sistêmica |
| HC-UFRP | Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná |
| IC | Insuficiência Cardíaca |
| IIQ | Intervalo interquartil |
| MS | Ministério da Saúde |
| PNAF | Política Nacional de Assistência Farmacêutica |
| PNM | Política Nacional de Medicamentos |
| RAS | Redes de Atenção à Saúde |
| RENAME | Relação Nacional de Medicamentos Essenciais |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UTI | Unidade de terapia intensiva |

1 INTRODUÇÃO

O sistema de atenção à saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS), tem passado por ampliações e mudanças constantemente, e estas mudanças são vistas principalmente na atenção primária¹. Mesmo assim ele enfrenta desafios, devido a falta de investimentos, fragmentação do sistema, e não adequação da oferta de serviços relativa as condições da população a ser atendida^{2,3}. O sistema antes fundamentado em ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados à partir da oferta, hoje é insuficiente³. Já é possível observar uma mudança no foco dos sistemas de saúde, em que a gestão antes centrada nas condições agudas, se voltam para a gestão das condições crônicas; a gestão baseada em opiniões se direciona à gestão baseada em evidências, e a gestão antes realizada para os meios se move para uma gestão dos fins².

A Assistência Farmacêutica é vista como um dos sistemas de apoio das Redes de Atenção à Saúde (RAS)², e os serviços prestados por ela englobam as ações logísticas, relativas à seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos, e as ações assistenciais da farmácia clínica e da farmacovigilância^{4,5}. Nas RAS a Assistência Farmacêutica exige maior integração entre a disponibilidade do medicamento e a provisão de serviços clínicos à comunidade.

A farmácia clínica teve sua prática iniciada nos anos 60, dentro de hospitais, e atualmente serviços de farmácia clínica são encontrados em vários níveis de atenção à saúde^{6,7}. A farmácia clínica engloba tanto atividades de suporte a equipe e provisão de informações sobre medicamentos, quanto o cuidado direto ao paciente⁷.

O cuidado direto ao paciente inclui a promoção do uso racional de medicamentos, com objetivo de melhorar os resultados em saúde dos usuários⁸⁻¹⁰. Assim, a atuação do farmacêutico clínico na atenção primária à saúde envolve serviços variados que têm como objetivo proporcionar melhor eficiência à gestão terapêutica, integrando o serviço, a comunidade e o ensino para realizar a gestão dos casos, medida do grau de adesão aos tratamentos

com medicamentos, reconciliação de medicamentos, dispensação especializada, atendimento farmacêutico a demanda espontânea, participações em grupos operativos/educativos, visitas domiciliares, e a difusão de informações para a promoção do Uso Racional de Medicamentos¹¹.

A inclusão do profissional farmacêutico em equipes multiprofissionais, trabalhando de forma colaborativa com outros membros da equipe e realizando acompanhamento de pacientes tem demonstrado resultados positivos em prol do usuário do sistema de saúde e também da dinâmica de trabalho na equipe¹². O cuidado farmacêutico realizado de forma holística avalia o usuário em sua integralidade, sem discriminação de especialidade, condição clínica ou farmacoterapia definida. Assim, o farmacêutico pode se tornar o profissional referência deste paciente dentro da atenção primária, se responsabilizando pelo paciente, não pelo deslocamento dele entre os pontos de atenção à saúde, mas sim elaborando seu projeto terapêutico¹³.

Se tratando da atuação farmacêutica na promoção do uso racional de medicamentos, ela se justifica pelo fato de que por mais que os medicamentos sejam fundamentais na assistência à saúde, seu uso irracional pode levar o paciente a sofrer danos. A morbidade e a mortalidade decorrentes do uso de medicamentos foram amplamente demonstradas na literatura, as tornando relevantes problemas de saúde pública. Tais dados mostram o impacto na segurança do paciente, os quais podem afetar tanto o âmbito clínico, quanto humanístico e o econômico¹⁴⁻¹⁷. A má utilização dos medicamentos caracteriza um problema relacionado à farmacoterapia, o que pode levar a consequências como intoxicações¹⁵, a inefetividade dos tratamentos¹⁶, a baixa adesão ao tratamento¹⁸, a alta incidência de eventos adversos e ainda, a necessidade de novos tratamentos, caracterizando uma cascata de prescrição ou necessidade de hospitalização, e com consequente aumento de custos.

A atuação do farmacêutico clínico perante problemas relacionados à farmacoterapia obrigatoriamente é solucionar tais problemas por meio de intervenções farmacêuticas. Tais intervenções são normalmente realizadas após a identificação dos problemas, diretamente com o paciente ou cuidador, e são amplamente descritas como efetivas para solucionar os problemas

relacionados à farmacoterapia, principalmente quando realizadas combinadas^{19,20}.

Observando a situação da saúde da população brasileira, e como o cuidado a ela têm sido oferecido, nota-se que a implantação das Redes de Atenção à Saúde são necessárias para que exista um cuidado realizado de forma integral ao usuário²¹. Considerando que a Assistência Farmacêutica é um dos serviços de apoio das RAS², o seu funcionamento de forma eficaz deve ser buscado e implantado no atual sistema de saúde do Brasil. Este funcionamento vai além do ciclo da assistência farmacêutica voltado apenas para o medicamento, ele inclui o cuidado ao paciente que utiliza os medicamentos, garantindo avaliação e acompanhamento da utilização, obtendo resultados concretos e melhoria na sua qualidade de vida^{5,21}.

Com o intuito de implantar e desenvolver serviços voltados à concepção de Redes de Atenção à Saúde, o Projeto Piloto de Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde foi implantado no município de Curitiba em 2014, por meio do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (Qualifar-SUS) em parceria com o Projeto QualiSUS-Rede, e coordenado pela equipe técnica da CGAFB/DAF/SCTIE (Coordenadoria-Geral de Assistência Farmacêutica Básica/ Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos/ Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos). Este projeto teve como objetivo implementar serviços de clínica farmacêutica na Rede de Atenção à Saúde de Curitiba, e construir de forma permanente dispositivos e mecanismos de integração da produção de saúde, ampliando assim o grau de interconexão entre pontos de atenção. Com esta ampliação promove-se a inovação na organização do processo de trabalho com base em evidência e em ações coordenadas e cooperativas, incorporando a prática da Gestão Clínica²².

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A partir da Oitava Conferência Nacional de Saúde, em 1986, o movimento da Reforma Sanitária definiu suas demandas e constituiu a partir delas uma nova organização para o sistema de saúde brasileiro. Os principais temas da Conferência foram o dever do Estado e o direito do cidadão à saúde, a reformulação do sistema nacional de saúde, e o financiamento do setor. No mês de outubro do ano de 1988 a organização da saúde pública no Brasil foi transformada por completo, com a criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Posteriormente o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) foi incorporado ao Ministério de Saúde, e o Sistema Único de Saúde (SUS) foi fundado pela Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080, 19/09/1990)^{23,24}.

Com o passar do tempo o SUS sofreu ampliação constante, principalmente na atenção primária, mostrando um esforço para que exista a universalização da assistência, garantindo acesso a atenção primária, e também para que o modelo assistencial centrado na atenção hospitalar seja modificado¹.

O SUS enfrenta diversos desafios, dentre eles a falta de investimento e principalmente a forma como opera frente as necessidades dos usuários do sistema². A fragmentação de ações e serviços de saúde, e a falta de qualificação na gestão do cuidado são visíveis, e dificilmente serão superadas³. O SUS se encontra na mesma crise que diversos sistemas de atenção à saúde do mundo, os quais não conseguem se adaptar a mudanças observadas na população a ser atendida na velocidade em que ocorrem, assim as mudanças internas no sistema não acontecem ao mesmo tempo, e o serviço prestado não atende à demanda da população²⁵. Dessa forma, os problemas de saúde apresentados pela população não são atendidos da melhor maneira, já que o

sistema de saúde não teve tempo ainda para se adaptar as novas condições apresentadas pela população. Os sistemas de saúde devem estar sempre em sintonia com a situação de saúde da população, se estruturando conforme esta situação para atendê-la de forma eficiente²⁶.

A organização mundial da saúde define Sistemas de Atenção a Saúde como o conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população para se atingir os objetivos de alcançar um nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa; garantir de uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos; acolher de forma humanizada os cidadãos; prover serviços seguros e efetivos; e prestar serviços eficientes²⁶⁻²⁸.

O Brasil tem passado por um processo de envelhecimento de sua população, a qual apresenta expectativa de vida em pleno crescimento, aumentando de 69,7 anos em 1998 para 75,2 anos em 2014. Este processo favorece uma transição das condições de saúde, com diminuição de ocorrência de condições agudas e aumento de condições crônicas, este processo é chamado de transição epidemiológica². Em apenas 50 anos o Brasil passou por rápidas alterações no quadro de morbidade, antes doenças infectocontagiosas representavam cerca de metade das mortes registradas no país, e hoje são responsáveis por menos de 10% delas. Já com as doenças cardiovasculares ocorre o oposto, antes pouco relacionadas com mortalidade no Brasil, hoje doenças do sistema circulatório são as maiores responsáveis por mortes no país, acima de 38% das causas^{29,30}. O envelhecimento rápido da população leva ao aumento rápido de indivíduos com doenças crônicas, considerando que elas afetam pessoas com maior idade².

O envelhecimento da população, o aumento da expectativa de vida, a mudança do perfil de morbidade da população, caracterizado pelo aumento de condições crônicas, e a forma como o SUS está estruturado hoje dificulta o acesso da população a atenção à saúde, gera descontinuidade assistencial e não garante a integralidade do cuidado³¹. O sistema de saúde deve corresponder as necessidades, demandas e preferências de uma sociedade, sendo articuladas as necessidades de saúde de uma população. Assim, ele deve atender as condições clínicas apresentadas pela população de forma

eficiente. Quando este atendimento não é realizado desta forma, pode-se considerar que o sistema se encontra em crise².

Esta crise é caracterizada pelo atendimento das condições crônicas, ainda com a visão para o atendimento de condições agudas, o que faz com que os pacientes procurem atendimento por demanda espontânea quando suas condições crônicas apresentam piora clínica. Essa procura normalmente é a unidades de pronto atendimento ou hospitais, quando na verdade tais condições poderiam ter sido controladas previamente, por meio de atenção continuada na atenção primária². O sistema deveria ser capaz não só de atender condições agudas, e a agudização das crônicas, mas também oferecer aos pacientes com condições crônicas acompanhamento contínuo, coordenado pela atenção primária, e com suporte da atenção secundária e terciária²⁶.

Dessa forma, um sistema fragmentado, em que seus pontos de atenção são incomunicáveis entre si, é incapaz de prestar cuidado integral e contínuo aos usuários. A atenção primária, a qual deveria ser o ponto central da atenção à saúde, encaminhando e coordenando os pacientes para outros pontos, não pode exercer essa função. O sistema fragmentado tem características como: a hierarquização na organização; foco de atendimento de condições agudas; ação reativa à demanda; ênfase relativa nas intervenções curativas e reabilitadoras; financiado por procedimentos, atenção centrada no cuidado profissional, este geralmente médico; e, modelo de atenção fragmentado e sem estratificação de riscos^{4,32}.

O sistema fragmentado se mostra, então, fragilizado na articulação entre a gestão do sistema e/ou da gerência dos serviços; desarticulado entre os serviços de saúde, e também entre esses e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; e também a desarticulado entre práticas clínicas desenvolvidas por diferentes profissionais à um mesmo indivíduo³¹.

É necessário estabelecer um equilíbrio entre a atenção à saúde oferecida pelo SUS e as necessidades da população relacionada a situação epidemiológica em que o país se encontra, a chamada tripla carga de doenças. Esta é definida por situações de infecções ainda não concluídas, desnutrição e

problemas de saúde reprodutiva; doenças crônicas e seus fatores de risco; e causas externas^{2,4}.

Para atingir o equilíbrio entre a atenção oferecida e as necessidades da população deve-se implantar redes de atenção à saúde (RAS). Essas redes são organizações de diversos serviços de saúde, os quais possuem uma única missão, ofertar atenção contínua e integral a população, e com a coordenação feita pela atenção primária à saúde^{2,4}.

Essas redes serão constituídas por três elementos principais: a população, o modelo operacional e o modelo de atenção à saúde. A população, o elemento principal, afinal é a ela que as redes prestarão os serviços a saúde, deve ser conhecida e registrada. Assim, é possível estabelecer suas necessidades de saúde, complementar e avaliar as intervenções sanitárias relativas a população, e oferecer o cuidado para as pessoas^{4,26}.

A estrutura operacional é formada por cinco componentes: a atenção primária; pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e os sistemas de governança da rede de atenção à saúde. A atenção primária será responsável pela comunicação entre os pontos de atenção, ela que irá organizar fluxos e contrafluxos dentro destes pontos. É responsável pelo acolhimento da população atendida, coordena os fluxos dentro dos pontos de atenção e deve resolver 85% dos problemas de saúde dos pacientes. Os pontos secundários e terciários, os quais ofertam serviços especializados, atendem à população por encaminhamento da atenção primária mas não são níveis hierárquicos. Assim a comunicação entre os três pontos é livre, também como a mobilidade das pessoas entre eles. O terceiro componente é formado pelos sistemas de apoio, os quais prestam serviços para todos os pontos de atenção à saúde nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde. O quarto componente é constituído pelos sistemas logísticos, os quais são soluções tecnológicas, que possibilitam organizar o fluxo de informações, pessoas e produtos. Por fim, o quinto componente, é formado pelos sistemas de governança, responsáveis pela gestão dos componentes das redes de atenção à saúde, gerando cooperação entre eles, aumentando a

interdependência e obtendo resultados sanitários e econômicos para a população^{2,4,26}.

Além da população e do modelo operacional, o terceiro e último elemento que constitui as redes de atenção à saúde é o modelo de atenção à saúde. Este será responsável por organizar o funcionamento da rede de atenção à saúde para atender a demanda da população, a qual passa por um período de transição, com diminuição da necessidade de atendimento a condições agudas e aumento da necessidade de atenção à condições crônicas^{2,4}.

A implantação das RAS de forma definitiva se faz necessária, os objetivos devem estar voltados aos usuários do sistema de atenção à saúde. O sistema fragmentado deve ser substituído pelas redes de atenção, com o foco de atendimento de condições e eventos agudos direcionado para a atenção das condições agudas e crônicas; as decisões devem ser tomadas com base em evidências, e não mais em opiniões; a gestão deve ser feita de acordo com os fins, uma gestão clínica, e não uma gestão dos meios, considerando apenas recursos humanos, materiais e financeiros; as intervenções não podem mais ser baseadas em condições estabelecidas, com objetivo de curar e reabilitar, e sim intervenções que atuem sobre condições de saúde já estabelecidas e também de forma integral sobre determinantes sociais da saúde; e o financiamento deve ser voltado para gerar valor à pessoas, e não recompensar recursos já utilizados pelo sistema².

Porém, somado ao atual cenário de transição demográfica e epidemiológica visto no Brasil, o qual motiva a necessidade de mudança no sistema de saúde, está a falta de acesso aos sistemas de saúde pela população. Estudo mostra que o acesso de pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) à atenção primária é restrito, e a demanda maior do que a capacidade do sistema em atender³³. Além disso, ainda existe a visão ainda encontrada de profissionais que valorizam o modelo de atenção às doenças, o qual reforça a demanda pelas consultas médicas e a predominância do modelo queixa-conduta³⁴. Assim, com uma cultura sobre o atendimento ser exclusivamente médico, o acesso é escasso e a implantação real da atenção focada em condições crônicas se torna mais difícil.

2.2 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS

Frente a um cenário de transição demográfica e epidemiológica no Brasil, somado ao envelhecimento da população, consequente necessidade de mudança na forma em que a atenção à saúde era prestada e aumento na demanda de medicamentos, principalmente para tratamento de condições crônicas, a desarticulação da assistência farmacêutica no âmbito dos serviços de saúde e outros fatores associados, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) foi aprovada com o princípio de reorientar a assistência Farmacêutica em 1998. Anos depois a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) foi aprovada no ano de 2004, como parte integrante da Política Nacional de Medicamentos, fundamentada na descentralização da gestão; na promoção do uso racional dos medicamentos; na otimização e na eficácia do sistema de distribuição no setor público; no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos^{5,35}.

A Política Nacional de Medicamentos, aprovada em 1998, têm como principais objetivos, dentre outros, a garantia da necessária segurança, da eficácia e da qualidade dos medicamentos; a promoção do uso racional dos medicamentos; acesso da população aos medicamentos considerados essenciais^{22,35}. A Política Nacional de Assistência Farmacêutica foi aprovada corroborando com esses princípios, e os complementa, dando ênfase ao contato com o paciente, sendo caracterizada como^{5,22}:

“Conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.”^{5,22}.

A Assistência Farmacêutica (AF), como um dos sistemas de apoio das Redes de Atenção à Saúde, é essencial para que a atenção à saúde do usuário do sistema de saúde brasileiro seja oferecido de forma integral, e que o acompanhamento dos pacientes seja contínuo^{2,36}. Assim, o funcionamento da assistência farmacêutica deve ser completo, e de acordo com os princípios das políticas nacionais^{5,22}. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) hoje visa mudar o foco do modelo de saúde, hoje com foco em práticas curativas e doenças, centrado em consultas médicas e pronto atendimentos em que o serviço farmacêutico ainda é muito vinculado, atendendo praticamente apenas demandas, e dificultando práticas de orientações a usuários³⁷⁻³⁹.

O financiamento da AF, proveniente do governo federal, antes era feito por meio de programas específicos, cada um com uma forma diferente para o recebimento de dinheiro e posterior distribuição dos medicamentos. Porém, em 2007 o Ministério da Saúde (MS) reformulou como o financiamento é feito³⁷. Foram estabelecidos 6 blocos de financiamento, sendo a Assistência Farmacêutica uma desses blocos, dentro deste bloco três componentes foram estabelecidos^{37,40,41}:

1. Componente básico da Assistência Farmacêutica: medicamentos integrantes da RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais), e que atendem aos agravos prevalentes e prioritários da atenção básica à saúde^{37,40,41};
2. Componente estratégico: financiamento de ações da AF para programas estratégicos (doenças endêmicas como hanseníase, tuberculose, malária, leishmaniose, doença de Chagas, e outras); antirretrovirais do programa de DST/AIDS; sangue e hemoderivados; imunobiológicos)³⁷;
3. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: voltado para atender usuários em nível ambulatorial, seguindo as linhas de cuidado presentes nos Protocolos Clínicos e nas Diretrizes Terapêuticas publicados pelo MS³⁷.

O Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado como uma estratégia para que as diretrizes das PNM e PNAF fossem implementadas. O objetivo do programa foi “Contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da Assistência Farmacêutica nas ações e serviços de saúde, visando a uma atenção contínua, integral, segura responsável e humanizada.”. Este programa contou com a organização em quatro eixos: Eixo estrutura, Eixo Educação, Eixo Informação, e Eixo Cuidado. Estes possuíam como objetivo contribuir com a estruturação dos serviços de AF, promover a educação permanente e capacitação dos profissionais de saúde, produzir documentos técnicos, e inserir a AF nas práticas clínicas⁴².

Considerando o momento do sistema de atenção à saúde brasileiro, em que uma transição para a implantação das Redes de Atenção à Saúde é realizada, a implantação do projeto QualifarSUS é muito oportuno e estratégico, já que a Assistência Farmacêutica é formada por dois componentes de extrema importância nas RAS, O serviço de abastecimento (sistema de apoio) e o serviço de clínica farmacêutica (ponto de atenção)²².

2.3 SERVIÇOS FARMACÊUTICOS CLÍNICOS

Os serviços farmacêuticos clínicos compreendem atividades em que o farmacêutico, através de uma tomada de decisão clínica, busca influenciar positivamente nos desfechos em saúde dos pacientes⁴³. Segundo Gastelurrutia et al. (2005), os serviços cognitivos do farmacêutico “são serviços orientados ao paciente e realizados por farmacêuticos que, exigindo conhecimentos específicos, têm por objetivo melhorar o processo de uso dos medicamentos e/ou os resultados da farmacoterapia”⁴⁴.

Tais serviços incluem ações de educação em saúde, rastreamento de doenças, dispensação de medicamentos, revisão de medicação, manejo de problemas de saúde autolimitados, reconciliação terapêutica e acompanhamento farmacoterapêutico^{43,45-50}.

O serviço de educação em saúde compreende diferentes estratégias educativas que integram o saber popular e científico, de modo a contribuir para aprimorar os conhecimentos da população sobre os problemas de saúde e seus tratamentos.

No serviço de rastreamento em saúde, o farmacêutico utiliza testes de rastreamento para identificar os pacientes que possuem alto risco para o desenvolvimento de complicações ou alguma determinada patologia e provê o seu encaminhamento a serviços especializados necessário para investigações adicionais. Este tipo de serviço é útil na prevenção de doenças e monitoramento de doenças crônicas, podendo melhorar o conhecimento do paciente sobre seu estado de saúde, auxiliar na identificação de sintomas não diagnosticados e potencialmente reduzir complicações secundárias decorrentes de doenças previamente diagnosticadas. Porém, é importante estabelecer que este serviço de rastreamento e avaliação de risco não deve ser utilizado com finalidade de diagnóstico ou para alteração dos medicamentos prescritos por outros profissionais de saúde^{50,51}.

A dispensação de medicamentos é um serviço no qual o paciente receberá o medicamento e as orientações com relação ao uso correto dos medicamentos que está adquirindo.

A revisão de medicamentos é definida como a avaliação crítica, sistemática e estruturada dos medicamentos em uso pelo paciente, com o objetivo de estabelecer um acordo com ele sobre a condução do seu tratamento, otimizando o uso da farmacoterapia, minimizando o número de problemas relacionados aos medicamentos, como reações adversas, interações medicamentosas, inefetividade e insegurança do medicamento, e reduzindo desperdícios⁵¹⁻⁵³.

O manejo de problema de saúde autolimitado é um serviço pelo qual o farmacêutico atende a uma demanda relativa a problema de saúde autolimitado, realiza anamnese, prescreve e orienta a adoção de medidas não farmacológicas, bem como medicamentos e outros produtos com finalidade terapêutica, cuja dispensação não exija prescrição médica e, quando necessário, encaminha o paciente a outro serviço ou profissional da saúde.

O serviço de reconciliação terapêutica é definido pela Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2006) como o processo formal onde se cria uma lista completa e acurada de todos os medicamentos usados no período pré-admissão para cada paciente, e se compara com as prescrições de admissão, transferência e/ou alta com essa lista criada. Discrepâncias são levadas para atenção do médico responsável pelo paciente e, se for apropriado, mudanças são realizadas nas prescrições. Qualquer mudança nas prescrições deve ser documentada⁵⁴.

O acompanhamento farmacoterapêutico é definido como um processo no qual o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades relacionadas ao medicamento que o usuário apresenta, por meio da detecção, prevenção e resolução de problemas da farmacoterapia, de forma sistemática, contínua e documentada, com o objetivo de alcançar resultados definidos, e buscando a melhorar a qualidade de vida do usuário⁵⁵.

2.4 MORBIMORTALIDADE RELACIONADA A MEDICAMENTOS

A farmacoterapia é considerada ideal quando o paciente recebe todos os medicamentos que necessita, não utiliza nenhum medicamento desnecessário, adere ao tratamento e quando o medicamento é efetivo e não produz um novo problema de saúde, nem agrava um problema de saúde já existente⁵⁵⁻⁵⁸.

Nas últimas décadas, vários estudos demonstraram que a morbimortalidade relacionada a medicamentos tornou-se um relevante problema de saúde pública. Estudos demonstram a alta frequência de problemas relacionados à farmacoterapia, sendo os mais comuns relacionados à não adesão ao tratamento, falha terapêutica, reações adversas a medicamentos, intoxicações, interações medicamentosas e erros de medicação, os quais produzem um alto impacto sobre a população, no âmbito clínico, humanístico e econômico^{56,59-74}.

Existe uma grande diversidade de termos e definições ligadas à segurança do paciente relacionada aos medicamentos, sendo os mais

utilizados: eventos adversos a medicamentos, reações adversas a medicamentos, erros de medicação, intoxicações medicamentosas, problemas relacionados a medicamentos, resultados negativos associados ao uso de medicamentos, interações medicamentosas, medicamento inapropriado, não adesão ao tratamento e falha terapêutica^{56,75-80}. A tabela 1 a seguir apresenta as principais definições utilizadas no que diz respeito à segurança do paciente relacionada aos medicamentos⁵⁶.

TABELA 1: PRINCIPAIS DEFINIÇÕES UTILIZADAS EM RELAÇÃO À SEGURANÇA DO PACIENTE RELACIONADA A MEDICAMENTOS

| TERMOS | DEFINIÇÕES |
|--|---|
| Problemas relacionados a medicamentos (PRM) | <p>“Evento ou circunstância que envolve o tratamento medicamentoso de um paciente e que interfere, real ou potencialmente, na obtenção de um resultado ótimo”⁸¹.</p> <p>“uma experiência indesejável do paciente que envolve a farmacoterapia e que interfere real ou potencialmente nos resultados desejados para o paciente”⁸².</p> <p>“qualquer evento indesejável experimentado pelo paciente, que envolve ou se suspeita que envolva um tratamento farmacológico e que interfere real ou potencialmente com o resultado desejado para o paciente”^{83,84}.</p> <p>“um evento ou circunstância que envolve terapia medicamentosa que realmente ou potencialmente interfere com um resultado ótimo para um paciente específico”^{85,86}.</p> <p>“uma circunstância relacionada com a utilização de medicamentos pelo paciente, que realmente ou potencialmente impede o paciente de atingir o benefício pretendido do tratamento”⁸⁷⁻⁸⁹.</p> <p>“um problema de saúde vinculado com a farmacoterapia e que interfere ou pode interferir com os resultados de saúde esperados para o paciente, entendendo problema de saúde como tudo aquilo que requer ou pode requerer uma ação por parte dos profissionais de saúde e do paciente”⁹⁰.</p> <p>“problemas de saúde, entendidos como resultados negativos, resultantes da farmacoterapia que, produzidos por diversas causas, conduzem a não obtenção do objetivo terapêutico ou ao aparecimento de efeitos indesejados”⁵⁷.</p> |
| Resultado negativo associado a medicamentos (RNM) | <p>“Um resultado de saúde não adequado ao objetivo da farmacoterapia e associado ao uso ou à falha no uso de medicamentos”⁵⁸.</p> |
| Evento adverso a medicamento (EAM) | <p>Qualquer injúria ou dano causado ao paciente pela intervenção médica relacionada aos medicamentos, provocado pela utilização adequada, inadequada, ou pela falta de acesso àqueles fármacos clinicamente necessários e que pode resultar em diferentes desfechos, incluindo o agravamento de um problema de saúde existente, a ausência de melhora esperada no estado de saúde, o surgimento de uma nova patologia, a mudança de uma função orgânica, ou uma resposta nociva devido ao uso de medicamentos^{75,91}.</p> |
| Erro de medicação (EM) | <p>Qualquer desvio dos padrões normais de atendimento adequado para o momento da terapia medicamentosa, enquanto o medicamento se encontra sob o controle do profissional de</p> |

TABELA 1: PRINCIPAIS DEFINIÇÕES UTILIZADAS EM RELAÇÃO À SEGURANÇA DO PACIENTE RELACIONADA A MEDICAMENTOS

| TERMOS | DEFINIÇÕES |
|---|---|
| | saúde, do paciente ou do consumidor e que pode, de fato ou potencialmente, ser a causa de um evento adverso para o paciente ^{75,79,92,93} . |
| Reação adversa a medicamento (RAM) | Qualquer efeito prejudicial ou indesejável, não intencional, resultante da administração de um medicamento em doses normalmente utilizadas no homem para profilaxia, diagnóstico e tratamento de doenças ou modificação de funções fisiológicas ^{14,75,92,94} . |
| Intoxicação | Exposição de um indivíduo, por ingestão, injeção ou inalação, a uma ou mais substâncias que têm um elevado potencial para causar dano ⁹⁵ . |
| Interação medicamentosa | Resposta farmacológica, toxicológica, clínica ou laboratorial causada pela combinação do medicamento com outros medicamentos, alimentos, substâncias químicas ou doenças, podendo resultar na alteração dos resultados de exames laboratoriais, no aumento ou diminuição da efetividade terapêutica ou ainda no aparecimento de efeitos adversos ⁹⁶ . |
| Medicamento inapropriado | O medicamento é considerado inapropriado quando o risco da sua utilização é superior ao potencial benefício (relação risco-benefício inaceitável), podendo originar problemas evitáveis ⁹⁷⁻¹⁰² . |
| Não adesão ao tratamento | A adesão ao tratamento tem sido definida como a extensão na qual o comportamento do paciente coincide com as recomendações do médico ou de outros profissionais de saúde ¹⁰³⁻¹⁰⁶ . Para Leite e Vasconcellos (2003), a adesão é compreendida como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses e tempo de tratamento ¹⁰⁷ . |
| Falha terapêutica ou inefetividade terapêutica | Redução ou falta do efeito esperado do medicamento. Geralmente, é ocasionada devido a não adesão ao tratamento, subdosagem terapêutica, interações medicamentosas, uso de medicamentos vencidos, perda de potência por má armazenagem, preparo, misturas e diluições indevidas, desvios de qualidade do medicamento, alterações farmacocinéticas, tolerância, resistência ao tratamento, variabilidade genética e outros fatores de difícil determinação ^{63,76,108} . |

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever e analisar os resultados da implantação de um serviço de clínica farmacêutica na atenção primária à saúde do Município de Curitiba-PR.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil nosológico e farmacoterapêutico dos pacientes atendidos;
- Analisar a taxa de controle de condições crônicas dos pacientes ao início e ao final de seis meses da implantação do serviço;
- Analisar a presença e tipologia de problemas relacionados à farmacoterapia dos pacientes identificados durante as consultas com o farmacêutico;
- Caracterizar as intervenções farmacêuticas conduzidas durante a primeira consulta e consultas de retorno.

4 METODOLOGIA

4.1 DEFINIÇÃO DO DESENHO DE ESTUDO

Este foi um estudo retrospectivo descritivo, realizado a partir da análise de dados presentes em prontuários de consultas farmacêuticas realizadas pelos profissionais integrantes das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Unidades de Saúde do Município de Curitiba no período de 01 de abril de 2014 a 30 de setembro de 2014. As consultas farmacêuticas foram realizadas por profissionais vinculados aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), os quais participaram do Projeto Piloto de Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde, para implementação de serviços de clínica farmacêutica nas Redes, no âmbito do Projeto QualiSUS-Rede. Tal projeto foi desenhado de acordo com as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos e aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) com o número de processo CAAE N° 35440114.0.0000.0008. Todos os dados relativos à identificação dos usuários foram mantidos em sigilo e sem identificação no banco de dados da pesquisa. A manipulação e a coleta de dados dos prontuários foram autorizadas pela instância competente da secretaria municipal de saúde de Curitiba, parceira do Ministério da Saúde no desenvolvimento do projeto piloto e que aceitou que ele fosse desenvolvido no município, perante aprovação prévia do CONEP.

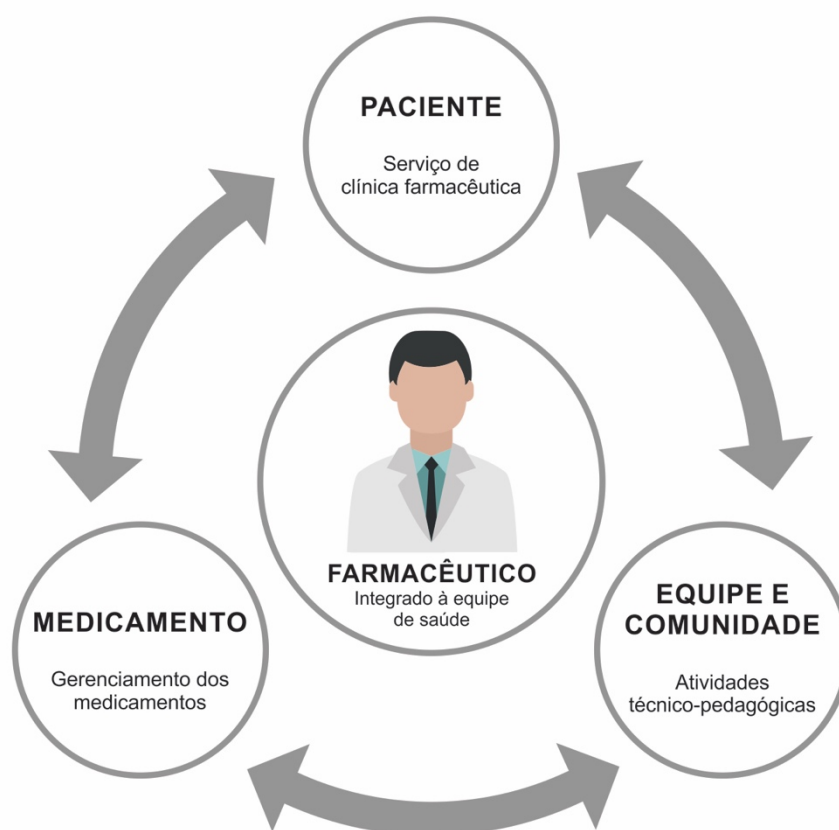
4.2 CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA NAS UNIDADES DE SAÚDE DE CURITIBA

O serviço de clínica farmacêutica foi implantado na atenção primária à saúde do município de Curitiba em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Curitiba, por meio do projeto QualiSUS Rede.

Os farmacêuticos responsáveis (APÊNDICE A) por realizarem as consultas nas unidades de saúde faziam parte dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família, e participaram ativamente da realização das consultas 30

profissionais. Porém, mesmo fazendo parte de um grupo que deveria contribuir para a integralidade do cuidado ao usuário do SUS, principalmente ampliando a ação da clínica¹⁰⁹, esses profissionais estavam muito mais inseridos serviços de gerenciamento dos medicamentos, e pouco envolvidos com o cuidado do paciente diretamente²¹. Com a implantação do serviço de clínica farmacêutica o farmacêutico pôde exercer os serviços de cuidado farmacêutico, integrando ações de educação em saúde, e ações de promoção do uso racional de medicamentos; assistência farmacêutica, praticada nos pontos de atenção, incluindo o serviço de clínica farmacêutica; e, atividades técnico-pedagógicas, visando educação e empoderamento da equipe de saúde e comunidade para promoção do uso racional de medicamentos²² (Figura 1).

FIGURA 1: DIMENSÕES DO PROCESSO DE TRABALHO DO FARMACÊUTICO NA APS DO MUNICÍPIO DE CURITIBA



FONTE: Adaptado de: Caderno 1: Serviços farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde. 2014.

Caderno 2: Capacitação para Implantação dos Serviços de Clínica Farmacêutica. Brasília, 2014.

4.2.1 Capacitação dos farmacêuticos do NASF

Considerando o campo da farmácia clínica pouco explorado pelos farmacêuticos dentre os outros serviços prestados por eles, e como parte do projeto de implantação de serviço de clínica farmacêutica, foi realizada uma capacitação destes profissionais para que o processo de trabalho fosse padronizado e ocorresse de forma organizada, objetiva e reprodutível²¹.

A capacitação foi realizada de forma mista, com duração de seis meses, e contando com diversas estratégias pedagógicas: estudo dirigido, aprendizagem baseada em problemas e projetos, atividades práticas em serviço com supervisão direta, atividades práticas sem supervisão e seminários práticos integrativos para discussão de temas vinculados à clínica farmacêutica²¹ (Figura 2).

FIGURA 2: MODELO DE CAPACITAÇÃO PARA O SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE



FONTE 1: Adaptado de: Caderno 1: Serviços farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde. 2014.

4.2.2 O serviço de clínica farmacêutica

Os pacientes atendidos no serviço de Clínica Farmacêutica chegam até ele de quatro formas ^{21,110}. (Figura 3)

- Busca ativa: os pacientes são identificados no momento da entrega dos medicamentos ou por seus prontuários, e então o farmacêutico agenda a consulta;
- Alta hospitalar recente: farmacêuticos hospitalares em contato com farmacêuticos nas UBS, assim encaminhando os indivíduos após alta hospitalar para acompanhamento na atenção primária;

- Encaminhamentos realizados por membros da equipe de saúde: Agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos, nutricionistas, psicólogos, auxiliares de farmácia ou qualquer outro profissional da equipe pode encaminhar um paciente para atendimento se julgar necessário, e então a consulta pode ser agendada pelo profissional ou então passada ao farmacêutico para que ele agende.

Para que exista um padrão mínimo entre os pacientes, foi estabelecido que para serem atendidos no serviço deveriam utilizar 5 ou mais medicamentos todos os dias, e apresentem pelo menos 2 fatores de risco dos listados a seguir:

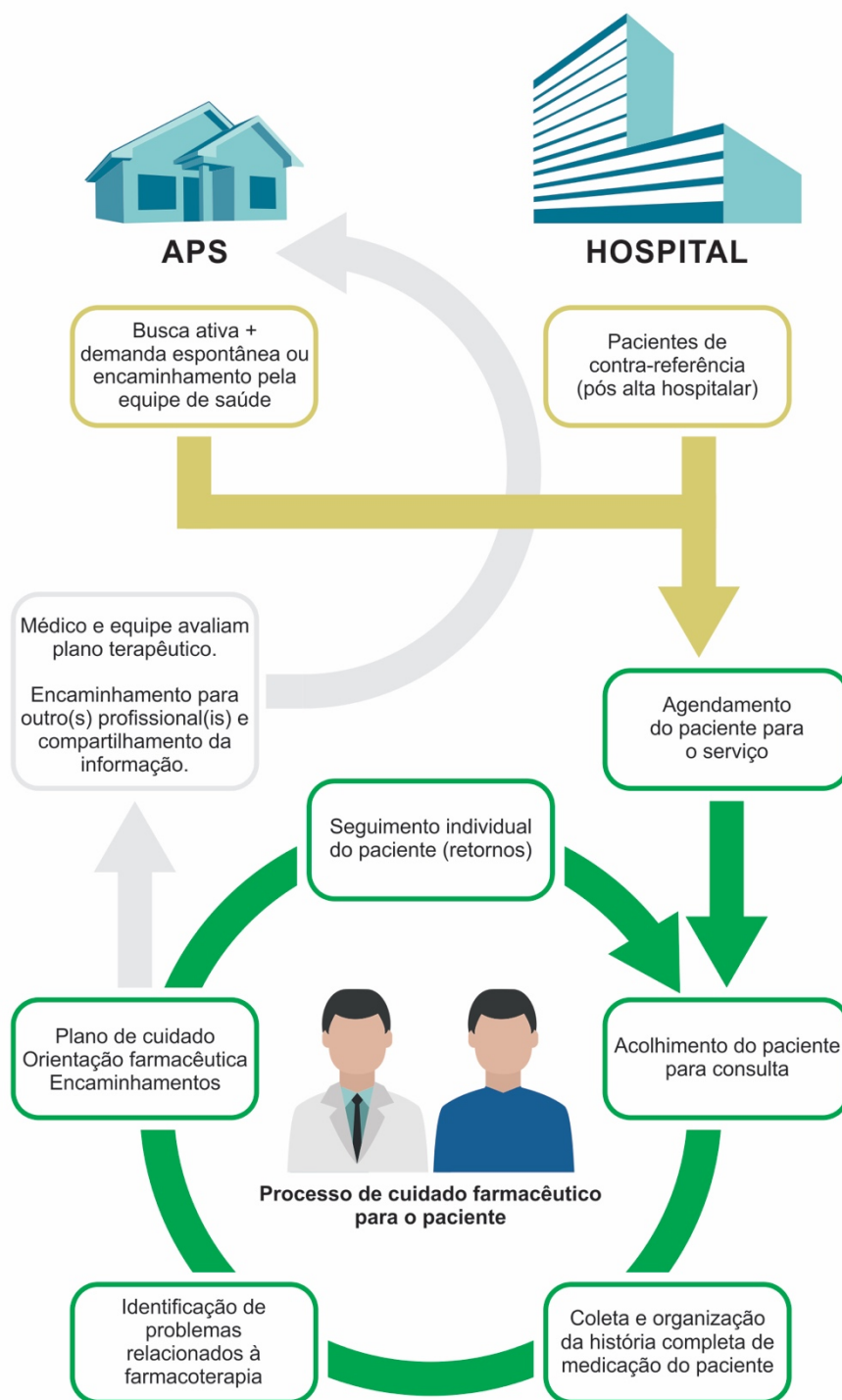
1. Pacientes com problemas de adesão aos medicamentos, por qualquer motivo;
2. Pacientes que deixaram de adquirir qualquer dos medicamentos prescritos, por conta do custo ou dificuldade de acesso, no último ano;
3. Pacientes que precisam ir a duas ou mais farmácias diferentes, todos os meses, a fim de adquirir seu tratamento completo;
4. Pacientes que foram internados uma ou mais vezes em hospital nos últimos 6 meses (quanto maior o número de admissões, maior o risco);
5. Pacientes que possuíam prescrições de medicamentos por dois ou mais médicos diferentes no último ano (quanto maior o número de médicos diferentes, maior o risco);
6. Pacientes que tratam várias doenças ou problemas de saúde simultaneamente com medicamentos (quanto maior o número de diagnósticos, maior o risco).

No serviço de clínica farmacêutica, as consultas são conduzidas em ambiente privado e de forma individual, independentemente do local, consultório ou domicílio, e as consultas também podem ser compartilhadas com outros profissionais da equipe de saúde, quando necessário.

O método clínico é aplicado aos usuários atendidos pelos farmacêuticos, e consiste nas etapas do processo de cuidado em saúde. Tal processo consiste em quatro etapas: coleta e organização dos dados relacionados a identificação e história de saúde do paciente; avaliação e

identificação de problemas relacionados à farmacoterapia; elaboração e concordância de um plano de cuidado pelo farmacêutico e paciente; e seguimento individual, quando necessário⁶. É utilizado um prontuário padronizado para preenchimento e seguimento da consulta (APENDICE B e APENDICE C), no qual o farmacêutico mantém os dados pessoais do paciente, dados clínicos, avaliação e identificação de problemas relacionados a farmacoterapia, intervenções farmacêuticas realizadas, ações pactuadas com o paciente, e informações sobre possível retorno.

FIGURA 3: FLUXO DE ATIVIDADES DO SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA



FONTE 2: Adaptado de: Caderno 1: Serviços farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde, 2014. Caderno 2: Capacitação para Implantação dos Serviços de Clínica Farmacêutica, 2014.

Durante a consulta o farmacêutico possui acesso a diversas fontes de dados clínicos do paciente, assim conta com várias formas de coletar e confirmar informações sobre ele e conduzir a sua avaliação. As fontes de dados clínicos que podem ser utilizadas são as seguintes¹¹⁰:

- Prescrições de medicamentos;
- Histórico de retirada de medicamentos na unidade;
- Testes rápidos e aplicados no consultório;
- Lista de medicamentos ou sacola de medicamentos;
- Dados de auto monitoramento trazidos pelo paciente;
- Testes de avaliação da adesão à farmacoterapia;
- Testes funcionais ou físicos;
- Teste de saúde mental ou cognitiva;
- Exames laboratoriais;
- Anamnese e entrevista com o paciente;
- Prontuário do paciente do município (via sistema de prontuário eletrônico);
- Relatório ou sumário de alta hospitalar trazido pelo paciente;
- Contato direto com outro profissional da saúde para obtenção de informações.

Com o objetivo de identificar problemas relacionados a farmacoterapia foram definidos parâmetros a serem avaliados, tanto em primeiras consultas quanto em retornos. Assim, dois conjuntos de parâmetros são avaliados, o conjunto 1 em toda primeira consulta e também em todas as consultas de retorno, e o conjunto de parâmetros 2 a ser avaliado em casos de maior gravidade, agravamento de condição crônica, ou conforme necessidade identificada pelo paciente, isso sem excluir a aplicação do conjunto 1, a qual deve ser feita em todas as consultas²². Os dois conjuntos de parâmetros são mostrados no Quadro 1 a seguir:

QUADRO 1: CONJUNTOS DE PARÂMETROS QUE DEVEM SER AVALIADOS DURANTE AS CONSULTAS FARMACÊUTICAS

| |
|---|
| <p>Conjunto de Parâmetros 1:</p> <ul style="list-style-type: none">• História completa de medicamentos em uso• Conhecimento do paciente sobre os medicamentos• Crenças do paciente sobre os medicamentos• Adesão e persistência do paciente ao tratamento• Aspectos nutricionais e de estilo de vida• Acesso do paciente aos medicamentos• Condições de armazenamento dos medicamentos em casa• Erros de dispensação ou de administração dos medicamentos• Ocorrência de reações adversas aos medicamentos |
| <p>Conjunto de Parâmetros 2:</p> <ul style="list-style-type: none">• Todos os parâmetros do conjunto 1• Efetividade do tratamento• Seguimento de diretrizes clínicas na prescrição de medicamentos• Necessidade de exames laboratoriais adicionais |

FONTE: CADERNO 1: SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE. 2014

4.2.3 Problemas relacionados a farmacoterapia e intervenções farmacêuticas

Considerando a inexistência de um sistema de classificação de problemas relacionados a farmacoterapia que seja adotado mundialmente, foi adotada, para o serviço de clínica farmacêutica, uma lista ampliada de problemas elaborada com base no trabalho de diversos autores, utilizada e em processo de padronização pelo serviço ambulatorial de atenção farmacêutica do Hospital de Clínicas da UFPR^{58,110–114}.

Os problemas relacionados a farmacoterapia encontrados durante as consultas podem ser classificados em nove categorias, cada uma dessas categorias apresenta um número de problemas relacionados (quadro 2). Tais problemas podem acontecer desde a seleção e prescrição dos medicamentos para o paciente até o momento em que se observa o efeito do tratamento,

passando pela administração do medicamento e a adesão do paciente ao tratamento, erros de dispensação ou dificuldade de acesso aos medicamentos, má qualidade dos produtos, falhas de comunicação entre os níveis de atenção à saúde, ausência de monitoramento adequado da farmacoterapia, e também possibilidade de ocorrência de eventos adversos e falha terapêutica²².

QUADRO 2: CLASSIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS RELACIONADOS A FARMACOTERAPIA PASSÍVEIS DE IDENTIFICAÇÃO DURANTE CONSULTA FARMACÊUTICA

| PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA | |
|---|--|
| Problemas envolvendo seleção e prescrição | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Prescrição de medicamento inapropriado ou contraindicado • Prescrição de medicamento sem indicação clínica definida • Prescrição em subdose • Prescrição em sobredose • Forma farmacêutica ou via de administração prescrita inadequada • Frequência ou horários de administração prescritos inadequados • Duração do tratamento prescrita inadequada • Interação medicamento-medicamento • Interação medicamento-alimento • Condição clínica sem tratamento • Necessidade de medicamento adicional • Disponibilidade de alternativa mais custo-efetiva • Outros problemas de seleção e prescrição | |
| Administração e adesão do paciente ao tratamento | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente • Adição de doses (sobredosagem) pelo paciente • Técnica de administração do paciente incorreta • Forma farmacêutica ou via de administração incorreta • Frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária • Duração do tratamento seguida pelo paciente incorreta • Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente • Continuação indevida do medicamento pelo paciente • Redução abrupta de dose pelo paciente • Paciente não iniciou o tratamento • Uso abusivo do medicamento • Automedicação indevida • Outros problemas de administração ou adesão não especificados | |
| Erro de dispensação ou manipulação | |

QUADRO 2: CLASSIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS RELACIONADOS A FARMACOTERAPIA PASSÍVEIS DE IDENTIFICAÇÃO DURANTE CONSULTA FARMACÊUTICA

| PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Dispensação de medicamento incorreto • Dispensação de dose incorreta • Dispensação de forma farmacêutica incorreta • Dispensação de quantidade incorreta • Medicamento em falta no estoque (não dispensado) • Outros erros de dispensação ou manipulação não especificados |
| Discrepâncias entre níveis de atenção à saúde |
| <ul style="list-style-type: none"> • Omissão de medicamento prescrito • Medicamentos discrepantes • Duplicidade terapêutica entre prescrições • Doses discrepantes • Formas farmacêuticas ou vias de administração discrepantes • Duração de tratamentos discrepantes • Outras discrepâncias não especificadas |
| Problemas na qualidade do medicamento |
| <ul style="list-style-type: none"> • Desvio de qualidade aparente • Uso de medicamento vencido • Armazenamento incorreto • Outros problemas relacionados à qualidade |
| Monitoramento |
| <ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de monitoramento laboratorial • Necessidade de monitoramento não laboratorial • Necessidade de auto monitoramento |
| Tratamento não efetivo |
| <ul style="list-style-type: none"> • Tratamento não efetivo com causa identificada • Tratamento não efetivo sem causa definida |
| Reação adversa a medicamento |
| <ul style="list-style-type: none"> • Reação adversa dose-dependente (tipo A) • Reação alérgica ou idiossincrática (tipo B) • Reação por exposição crônica ao medicamento (tipo C) • Reação retardada / Teratogênese (tipo D) • Efeitos de descontinuação de um medicamento (tipo E) • Reação adversa não especificada |
| Intoxicação por medicamentos |

QUADRO 2: CLASSIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS RELACIONADOS A FARMACOTERAPIA PASSÍVEIS DE IDENTIFICAÇÃO DURANTE CONSULTA FARMACÊUTICA

| PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Overdose / Intoxicação medicamentosa acidental • Overdose / Intoxicação medicamentosa intencional |

FONTE: CADERNO 1: SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE. 2014

Já as intervenções farmacêuticas podem ser realizadas diretamente ao paciente, mas não só a ele, podem ser também direcionadas a membros da equipe de saúde, profissionais não inseridos na equipe da unidade, ao cuidador do paciente, e familiares. As intervenções podem ser classificadas em cinco categorias, como o quadro 3 a seguir mostra.

QUADRO 3: CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS PASSÍVEIS DE IDENTIFICAÇÃO DURANTE CONSULTA FARMACÊUTICA

| INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS |
|--|
| Informação e aconselhamento |
| <ul style="list-style-type: none"> • Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamento específico • Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamentos de forma geral • Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas • Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica • Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condições de saúde de forma geral • Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre auto monitoramento • Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre acesso aos medicamentos • Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre armazenamento dos medicamentos • Outro aconselhamento não especificado |
| Alteração ou sugestão de alteração na farmacoterapia |
| <ul style="list-style-type: none"> • Início de novo medicamento • Suspensão de medicamento • Substituição de medicamento • Alteração de forma farmacêutica • Alteração de via de administração • Alteração na frequência ou horário de adm. sem alteração da dose diária • Aumento da dose diária • Redução de dose diária • Outras alterações na terapia não especificadas |
| Monitoramento |
| <ul style="list-style-type: none"> • Recomendação de monitoramento laboratorial |

QUADRO 3: CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS PASSÍVEIS DE IDENTIFICAÇÃO DURANTE CONSULTA FARMACÊUTICA

| INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Recomendação de monitoramento não laboratorial • Recomendação de auto monitoramento • Outras recomendações de monitoramento não especificadas | |
| Encaminhamento | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Encaminhamento a outro serviço farmacêutico • Encaminhamento ao médico • Encaminhamento ao enfermeiro • Encaminhamento ao psicólogo • Encaminhamento ao nutricionista • Encaminhamento ao fisioterapeuta • Encaminhamento a serviço de suporte social • Encaminhamento a programa de educação estruturada • Encaminhamento ao pronto-atendimento • Outros encaminhamentos não especificados | |
| Provisão de materiais | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Lista ou Calendário posológico de medicamentos • Rótulos / Instruções pictóricas • Informe terapêutico/ carta ao médico ou outros profissionais • Material educativo impresso / Panfleto • Informação científica impressa • Diário para auto monitoramento • Organizador de comprimidos ou dispositivo para auxiliar na adesão ao tratamento • Dispositivo para auto monitoramento • Provisão de materiais não especificados | |

FONTE 3: CADERNO 1: SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE. 2014

4.3 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO AVALIADA

Foram avaliadas apenas consultas farmacêuticas realizadas individualmente com os usuários, em ambiente privado, e que seguiram o modelo de consulta farmacêutica do serviço de clínica farmacêutica implantado. A avaliação das consultas realizadas no período de 01 de abril a 30 de setembro de 2014 foi feita por meio de prontuários do serviço digitalizados, foram incluídas tanto primeiras consultas quanto consultas de

retorno. A coleta dos dados dos prontuários foi feita por meio de um formulário on line (http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=15723) elaborado pela assessoria técnica do Departamento de Assistência Farmacêutica - Ministério da Saúde, utilizando a ferramenta FormSUS, oferecido pelo DATASUS. Após o lançamento dos dados na plataforma, a extração dos dados foi feita pelo site, e as informações organizadas em planilha do Software Microsoft Excel® e SPSS v.20.0®.

Dados disponibilizados pelo município mostram que no período de abril a setembro de 2014 foram realizados 2250 atendimentos farmacêuticos gerais a usuários do sistema de saúde. Podem ser considerados atendimentos farmacêuticos a aferição da pressão arterial, atividades voltadas a um grupo específico de usuários, orientação especializada a determinados medicamentos dispensados, e também a consulta farmacêutica realizada em ambiente adequado e privativo, direcionado apenas a um paciente e seu cuidador, se houver. Neste trabalho foram avaliados apenas os resultados provenientes de consultas farmacêuticas, não englobando outras atividades também computadas como atendimentos farmacêuticos.

Os seguintes dados foram coletados: origem do paciente; idade; gênero; autonomia na gestão de medicamentos; presença de cuidador para auxílio nos cuidados em geral; número de moradores na mesma casa; renda mensal; gasto mensal médio com medicamentos; acesso a medicamentos, em quais farmácias retirava os medicamentos e se eram pagos ou não; local de armazenamento dos medicamentos; história de ingestão de bebidas alcoólicas, história de fumo, e realização de exercícios físicos.

Em relação às condições clínicas, foram consideradas todas as condições diagnosticadas presentes em prontuário e queixas relatadas pelo paciente, assim como, o estado clínico de cada uma delas. Os medicamentos em uso pelo paciente, tanto prescritos quanto utilizados por automedicação, além de terapias complementares como chás, acupuntura e homeopatia foram coletados, inclusive sua posologia prescrita, horários de administração, e quantos medicamentos no total o paciente utilizava. Também foram coletadas as dificuldades que os pacientes poderiam apresentar no momento de abrir a embalagem dos seus medicamentos, ler o que estava escrito na embalagem,

lembrar de tomar todos os medicamentos, conseguir os medicamentos e tomar vários comprimidos em um só momento, tais dificuldades classificadas como muito difícil, pouco difícil e nada difícil.

Os problemas relacionados à farmacoterapia identificados durante a consulta e também as intervenções realizadas pelos farmacêuticos nas consultas foram coletadas, assim como a informação se foi agendado um retorno para o paciente ao fim da consulta.

4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para realização da análise estatística os dados foram organizados em documento Excel para importação no software SPSS. Para a estatística descritiva a natureza da distribuição dos valores na amostra foi determinada para todos os parâmetros avaliados. Para isso o teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado, as frequências foram expressas como média ou mediana, com respectivo desvio padrão ou intervalo interquartil.

5 RESULTADOS

5.1 CONSULTAS

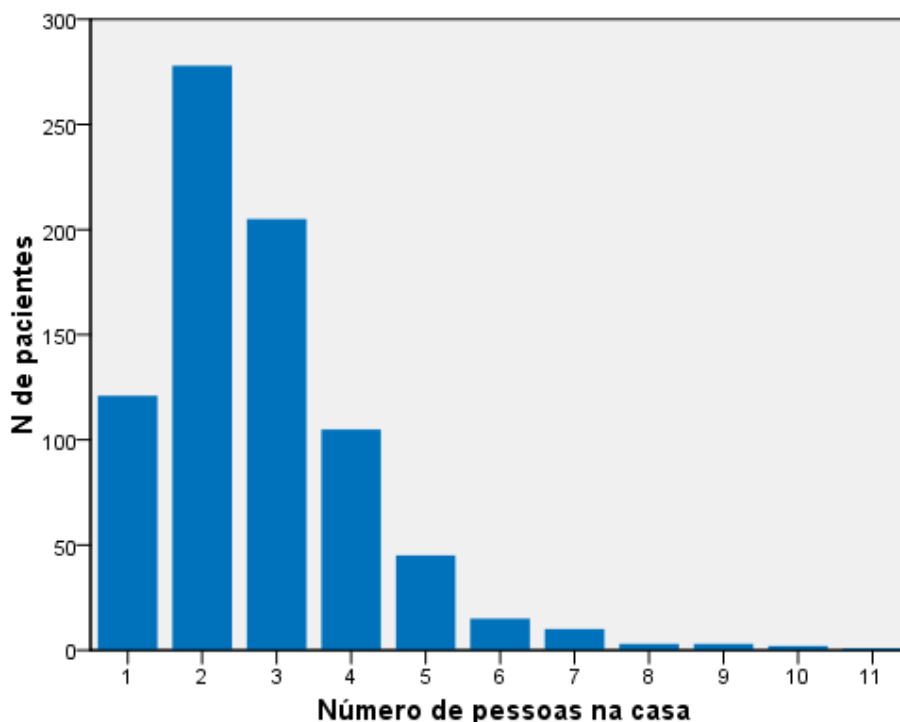
No período do estudo foram realizadas 1151 consultas farmacêuticas, destas 876 (76,1%) foram primeiras consultas e 275 (23,9%) retornos. A idade mediana dos pacientes atendidos foi de 66 anos (IQR 25-75: 57-73 anos), e 66,1% (n=579) dos pacientes eram do sexo feminino.

Os pacientes participantes de consultas farmacêuticas, em mais da metade dos casos, foram encaminhados pela equipe de saúde para o serviço de clínica farmacêutica. Em 57,6% (n=458) das consultas que informação estava presente, a equipe da UBS foi responsável por encaminhar o paciente para o atendimento farmacêutico, 41,0% tiveram sua origem por busca ativa, 0,2% provenientes de alta hospitalar e 1,1% por outras formas.

5.1.1 Primeiras Consultas

Mais de 80% (n=788) dos pacientes morava com uma pessoa ou mais em suas casas (Figura 4), com mediana de 2 pessoas por casa (IQR 25 -75: 2 – 3). No momento de administrarem seus medicamentos 81,9% (n=844) dos pacientes relataram não precisarem de assistência, já 10,9% consideravam necessitar de lembretes ou assistência e 7,2% eram incapazes de administrar seus medicamentos por conta própria. Em todos os casos a presença de cuidadores foi questionada e 81,6% (n=848) dos pacientes não possuíam cuidador. Importante ressaltar que entre os 18,1% que necessitavam de lembretes ou eram incapazes de administrar seus medicamentos sozinhos, 3,2% (27 pacientes) não possuíam cuidador, portanto estavam completamente desassistidos para realizarem esta ação.

FIGURA 4: NÚMERO TOTAL DE MORADORES NA CASA DOS PACIENTES ATENDIDOS – ABR – SET/2014



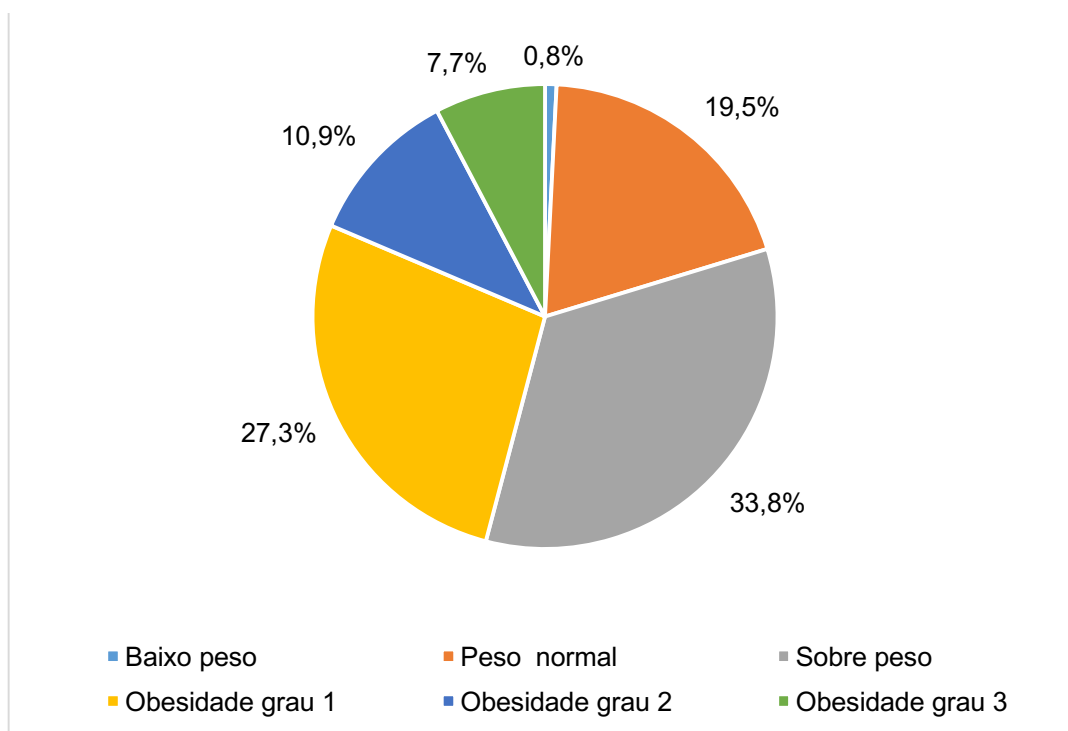
FONTE: Pesquisa realizada pelo autor

NOTA: Dados obtidos a partir de prontuários de consultas realizadas nas UBS no município de Curitiba

A população fumante atendida correspondeu a 12,9% dos pacientes (n=863), enquanto mais da metade (66,8%, n=864 pacientes) não praticavam exercícios físicos regularmente, e 12,9% (n=866) ingeriam bebidas alcoólicas no mínimo socialmente.

A obesidade estava presente em 45,9% (n=532) dos pacientes que tiveram o Índice de Massa Corporal (IMC) coletado, como é possível observar no Figura 5 a seguir. O IMC é calculado dividindo o peso (kg) pela altura (m) elevada ao quadrado do indivíduo, assim é possível classificar se uma pessoa apresenta baixo peso (IMC <18,5), peso normal (IMC \geq 18,5 – 24,99), sobrepeso (\geq 25,0 – 29,99), obesidade grau I (\geq 30,0 a 34,99), obesidade grau II (\geq 35,0 a 39,99) e obesidade grau III (\geq 40,00)^{115,116}.

FIGURA 5: CLASSIFICAÇÃO DOS PACIENTES DE ACORDO COM O IMC – ABR – SET/2104

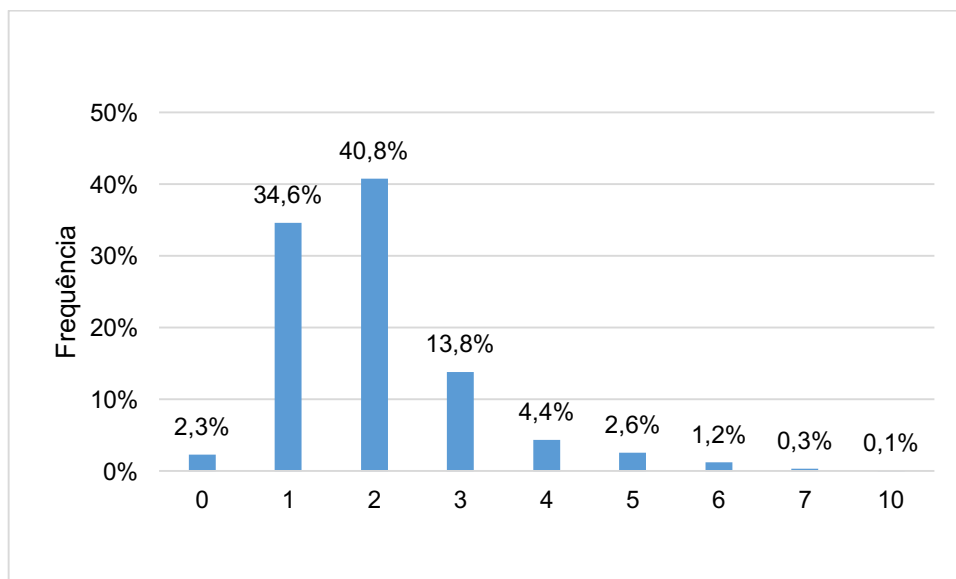


FONTE: Pesquisa realizada pelo autor

NOTA: Dados obtidos a partir de prontuários de consultas realizadas nas UBS no município de Curitiba

Em 794 consultas os pacientes responderam se estiveram internados nos 6 meses anteriores, destes 83,2% dos pacientes não foram internados nenhuma vez, enquanto 16,8% foram internados pelo menos uma vez. Já em relação ao número de médicos que prescreveram medicamentos no período de um ano anterior 777 pacientes responderam, e mais de 50% destes obtiveram prescrições médicas provenientes de mais de um clínico (figura 6). Importante salientar que tais médicos podem ter atendido os pacientes de forma particular, por meio de convênio de saúde ou em unidades de atendimento à saúde do município.

FIGURA 6: NÚMERO DE MÉDICOS PRESCRITORES NO ÚLTIMO ANO, DE ACORDO COM O RELATO DOS PACIENTES E OS REGISTROS DE PRESCRIÇÕES – ABR – SET/2014



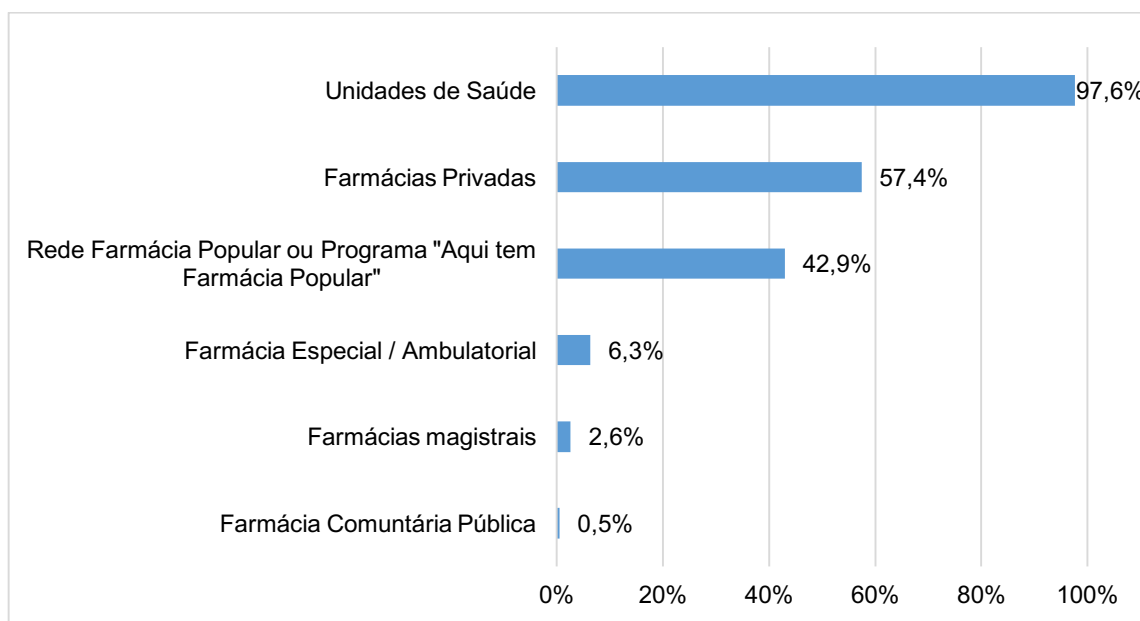
FONTE: Pesquisa realizada pelo autor

NOTA: Dados obtidos a partir de prontuários de consultas realizadas nas UBS no município de Curitiba

A renda mensal mediana, de 466 pacientes que não se importaram em informar o valor, foi de R\$780,00 (IIQ 25-75 R\$ 724,00 – 1460,00), e o gasto mensal para aquisição de medicamentos, respondido por 526 pacientes, teve mediana de R\$60,00 (IIQ 25-75 R\$9,00 – 150,00). Calculando-se a taxa gasto mensal / renda dos pacientes que ofereceram as duas informações, tem-se uma taxa mediana de 0,05 (IIQ 25-75 0,0 – 0,138).

Os pacientes possuíam acesso aos medicamentos por meio de unidades de saúde, farmácia da Rede Farmácia Popular, Programa “Aqui tem farmácia popular”, farmácias comunitárias públicas, farmácias especiais/ambulatoriais, e farmácias privadas. Na figura 7 a seguir é possível observar a frequência de retirada/aquisição de medicamentos nessas unidades por 843 pacientes.

FIGURA 7: ACESSO A MEDICAMENTOS RELATADO PELOS PACIENTES – ABR – SET/2014



FONTE: Pesquisa realizada pelo autor

NOTA: Dados obtidos a partir de prontuários de consultas realizadas nas UBS no município de Curitiba

O número de condições clínicas não teve distribuição normal, apresentando mediana de 4 condições clínicas por paciente (IIQ 25-75: 3-5). Na tabela 2 a seguir é possível ver a frequência de pacientes por número de condições clínicas.

TABELA 2: FREQUÊNCIA DE PACIENTES POR NÚMERO DE CONDIÇÕES CLÍNICAS DIAGNOSTICADAS – ABR – SET/2014

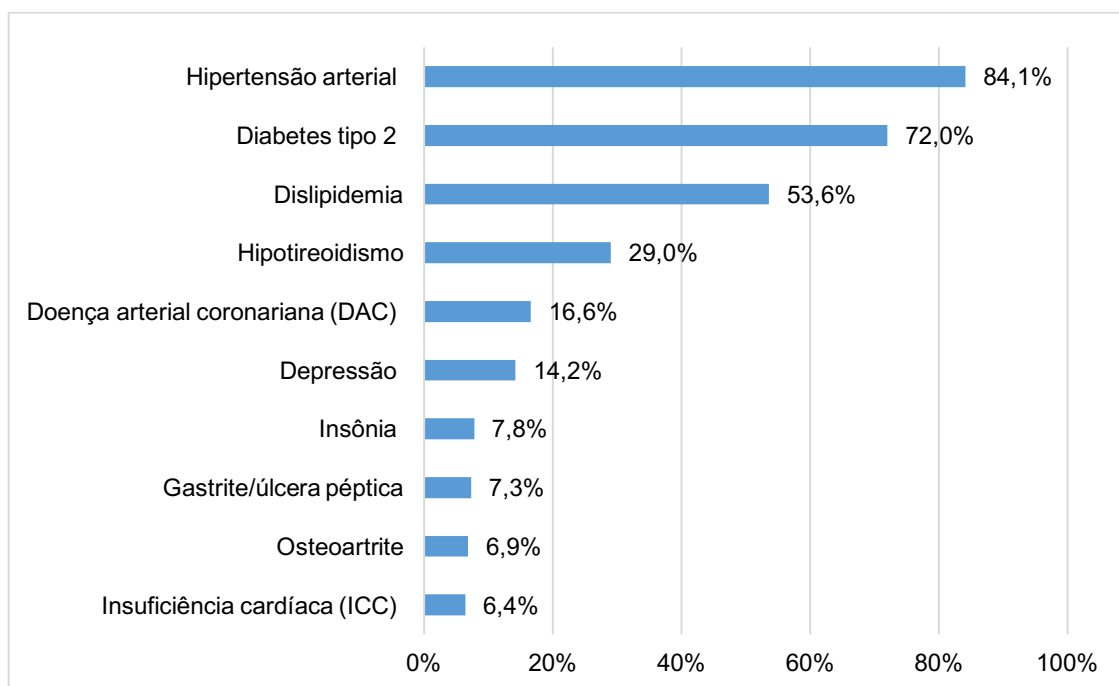
| Número de condições clínicas diagnosticadas | Frequência | % válida |
|--|-------------------|-----------------|
| 1 | 21 | 2,4 |
| 2 | 89 | 10,2 |
| 3 | 144 | 16,4 |
| 4 | 197 | 22,5 |
| 5 | 208 | 23,7 |
| 6 | 114 | 13,0 |
| 7 | 65 | 7,4 |
| 8 | 20 | 2,3 |
| 9 | 14 | 1,6 |
| 10 | 4 | 0,5 |

FONTE: Pesquisa realizada pelo autor

NOTA: Dados obtidos a partir de prontuários de consultas realizadas nas UBS no município de Curitiba

As condições clínicas mais prevalentes estão mostradas na Figura 8 a seguir, com a frequência de ocorrência. Na figura 9 é possível observar o perfil de controle de tais condições clínicas.

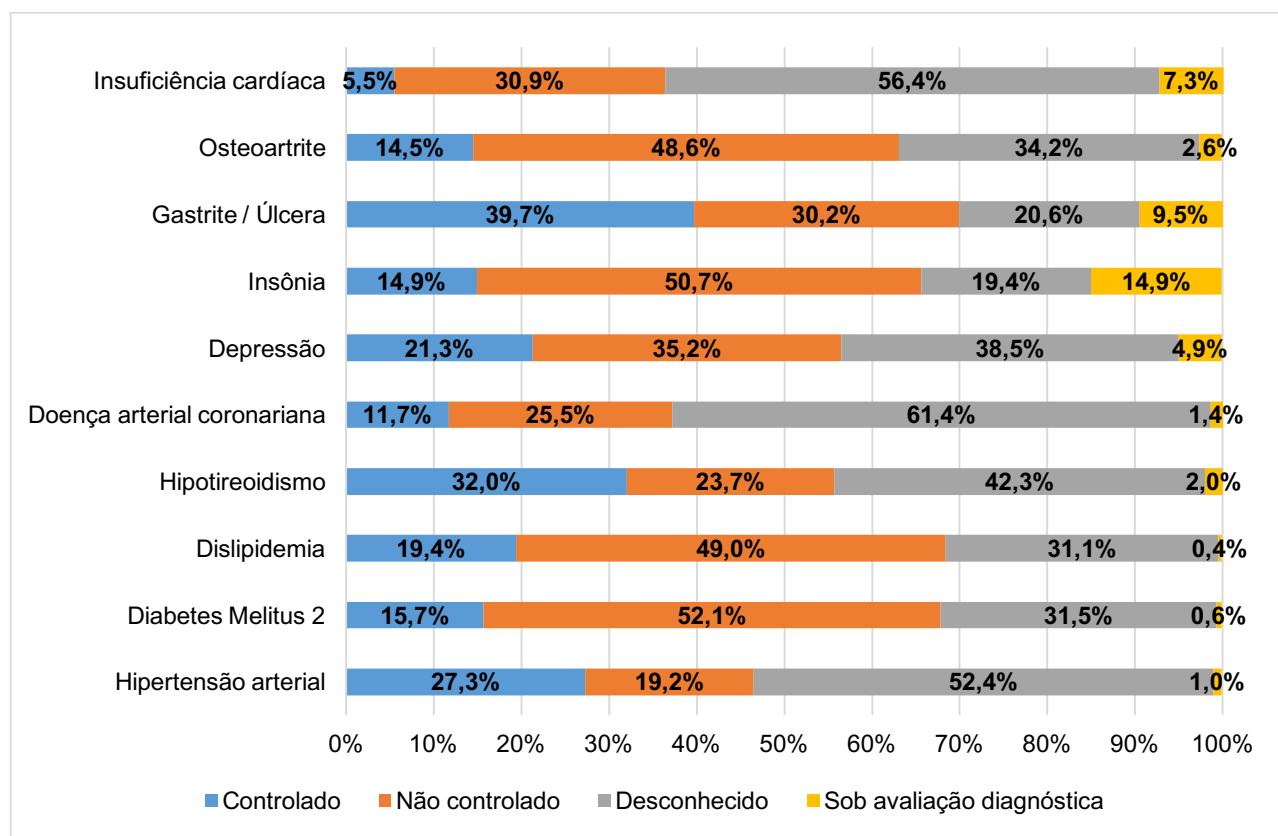
FIGURA 8: FREQUÊNCIA DE OCORRÊNCIA DAS CONDIÇÕES CLÍNICAS MAIS PREVALENTES – ABR-SET/2014



FONTE: Pesquisa realizada pelo autor

NOTA: Dados obtidos a partir de prontuários de consultas realizadas nas UBS no município de Curitiba

FIGURA 9: ESTADO CLÍNICO DAS CONDIÇÕES CLÍNICAS MAIS COMUNS - ABR – SET/2014



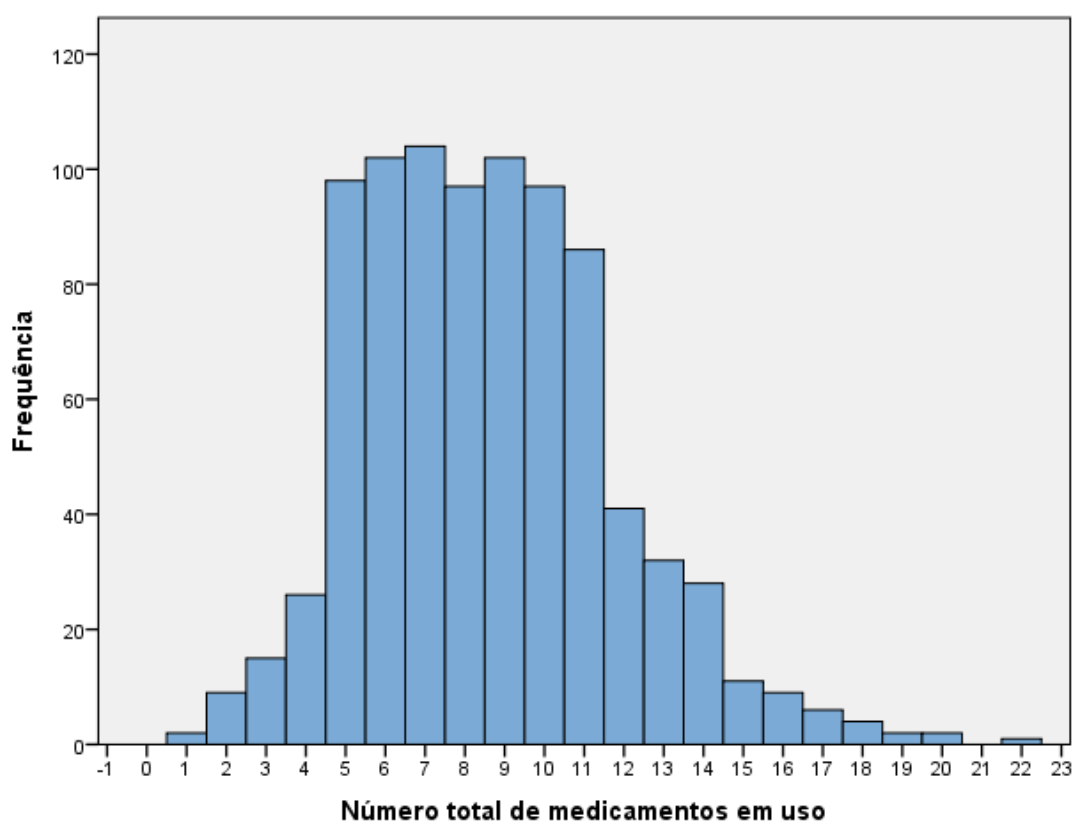
FONTE: Pesquisa realizada pelo autor

NOTA: Dados obtidos a partir de prontuários de consultas realizadas nas UBS no município de Curitiba

Além das condições clínicas diagnosticadas, os pacientes também eram questionados sobre possíveis queixas em relação a sua saúde sem diagnóstico prévio. A mediana de queixas por consulta foi de 3 (IIQ 25-75: 3-5), e a queixa mais comum foi “dor muscular” relatada por 23,66% dos pacientes.

O número de medicamentos utilizados por paciente variou de 1 a 22 medicamentos, com uma distribuição não normal, e mediana de 8 (IIQ 25-75: 6-11). Importante ressaltar que 94,1% dos pacientes possuíam 5 ou mais medicamentos prescritos, demonstrando um quadro de polimedicação generalizado. Na figura 10 a seguir é possível observar a frequência de pacientes por número de medicamentos em uso.

FIGURA 10: FREQUÊNCIA DE PACIENTES POR NÚMERO DE MEDICAMENTOS EM USO - ABR – SET/2014

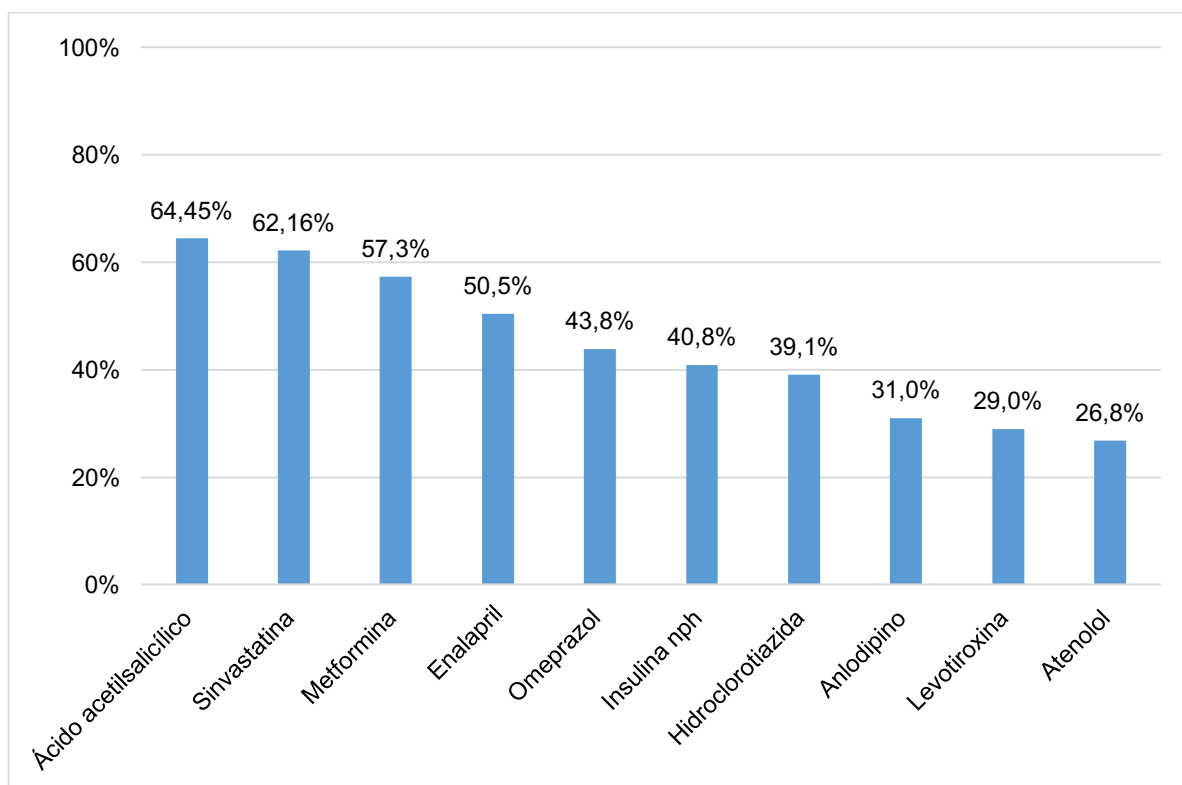


FONTE: Pesquisa realizada pelo autor

NOTA: Dados obtidos a partir de prontuários de consultas realizadas nas UBS no município de Curitiba

Os medicamentos mais comumente utilizados pelos pacientes atendidos são demonstrados na figura 11 junto com a porcentagem de pacientes que os utilizavam.

FIGURA 11: MEDICAMENTOS MAIS COMUMENTE UTILIZADOS PELOS PACIENTES ATENDIDOS - ABR – SET/2014



FONTE: Pesquisa realizada pelo autor

NOTA: Dados obtidos a partir de prontuários de consultas realizadas nas UBS no município de Curitiba

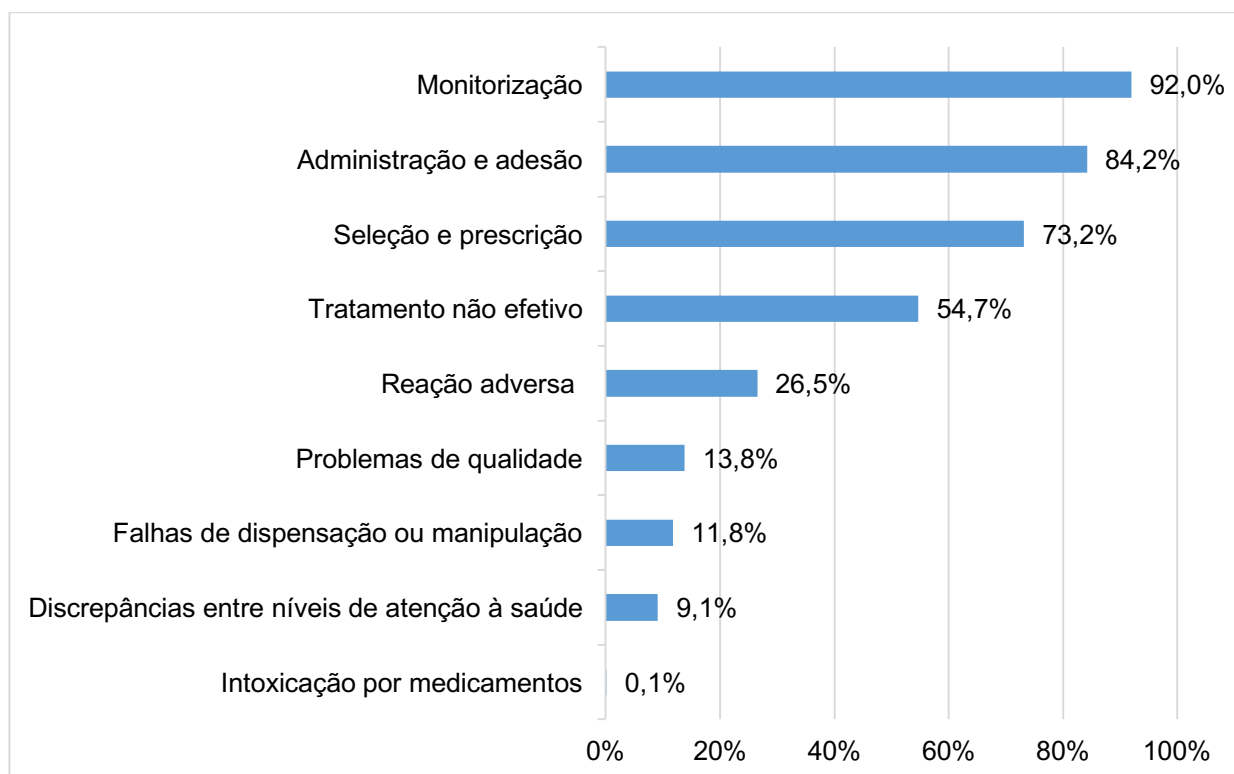
Quando questionados sobre dificuldades que poderiam apresentar no momento da utilização dos medicamentos, 19,9% dos pacientes relataram ter algum grau de dificuldade em tomar todos os comprimidos de uma vez, 19,9% relataram ter algum grau de dificuldade em conseguir os medicamentos, 18,6% relataram apresentar dificuldade em lembrar de tomar todos os medicamentos e 13,2% apresentavam dificuldade em abrir as embalagens dos medicamentos.

Além de medicamentos alopáticos, 27,0% (n=876) dos pacientes relataram utilizar como terapia complementar plantas medicinais ou remédios caseiros, 0,3% utilizavam homeopatia, 1% acupuntura e 0,7% outros tipos de terapias alternativas.

Nas primeiras consultas foram identificados problemas relacionados a farmacoterapia em 99,2% dos pacientes (n=876 pacientes) totalizando 5578 problemas, com mediana de 6 (IIQ 25-75: 4-8) por paciente. É possível ainda

observar na figura 12, a porcentagem de pacientes que apresentaram pelo menos um problema em cada uma das categorias. Já a tabela 3 mostra os 20 tipos de problemas mais comumente identificados, e a frequência (em porcentagem) dos pacientes que apresentaram tais problemas.

FIGURA 12: PORCENTAGEM DE PACIENTES APRESENTANDO PELO MENOS UM PROBLEMA RELACIONADO À FARMACOTERAPIA DE CADA CATEGORIA NA PRIMEIRA CONSULTA - ABR - SET/2014



FONTE: Pesquisa realizada pelo autor

NOTA: Dados obtidos a partir de prontuários de consultas realizadas nas UBS no município de Curitiba

TABELA 3: PORCENTAGEM DE PACIENTES NOS QUAIS FORAM IDENTIFICADOS OS QUINZE TIPOS DE PROBLEMAS RELACIONADOS A FARMACOTERAPIA MAIS COMUNS NA PRIMEIRA CONSULTA - ABR - SET/2014

| Problema relacionado à farmacoterapia | % de pacientes |
|---------------------------------------|----------------|
| Necessidade de automonitorização | 83,7% |

TABELA 3: PORCENTAGEM DE PACIENTES NOS QUAIS FORAM IDENTIFICADOS OS QUINZE TIPOS DE PROBLEMAS RELACIONADOS A FARMACOTERAPIA MAIS COMUNS NA PRIMEIRA CONSULTA - ABR - SET/2014

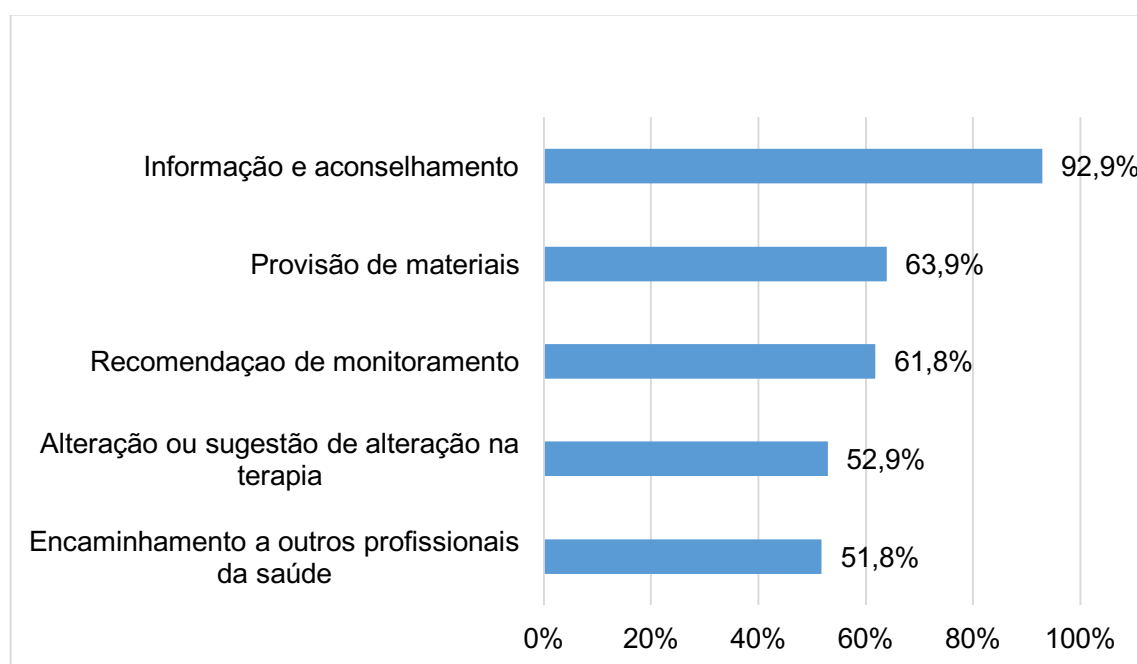
| Problema relacionado à farmacoterapia | % de pacientes |
|---|-----------------------|
| Necessidade de exame laboratorial | 65,9% |
| Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente | 55,7% |
| Tratamento não efetivo com causa identificada | 46,9% |
| Condição clínica sem tratamento | 39,7% |
| Frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária | 35,6% |
| Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente | 33,6% |
| Necessidade de medicamento adicional | 30,0% |
| Reação adversa dose-dependente (tipo A) | 25,6% |
| Prescrição em subdose | 24,7% |
| Adição de doses (sobredosagem) pelo paciente | 23,0% |
| Automedicação indevida | 14,7% |
| Necessidade de monitorização não laboratorial | 14,4% |
| Paciente não iniciou o tratamento | 13,4% |
| Disponibilidade de alternativa mais custo-efetiva | 12,0% |
| Técnica de administração do paciente incorreta | 12,0% |
| Medicamento sem indicação clínica definida | 11,7% |
| Armazenamento incorreto | 11,4% |
| Medicamento inapropriado ou contraindicado | 10,3% |
| Tratamento não efetivo sem causa definida | 10,1% |

FONTE: Pesquisa realizada pelo autor

NOTA: Dados obtidos a partir de prontuários de consultas realizadas nas UBS no município de Curitiba

Foram realizadas intervenções farmacêuticas em 97,7% (n=876) das primeiras consultas, contabilizando um total de 5713 intervenções com o objetivo de solucionar os problemas encontrados. A mediana foi de 6 (IIQ 25-75: 4-9) intervenções por paciente. Tais intervenções estão classificadas em suas categorias na figura 13 a seguir, o qual mostra quantos pacientes receberam pelo menos uma intervenção de cada categoria. A tabela 4 mostra a porcentagem de pacientes que receberam cada tipo de intervenção.

FIGURA 13: PESQUISA REALIZADA PELO AUTOR NOTA: DADOS OBTIDOS A PARTIR DE PRONTUÁRIOS DE CONSULTAS REALIZADAS NAS UBS NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - ABR - SET/2014



FONTE: Pesquisa realizada pelo autor

NOTA: Dados obtidos a partir de prontuários de consultas realizadas nas UBS no município de Curitiba

TABELA 4: PORCENTAGEM DE PACIENTES QUE RECEBERAM OS QUINZE TIPOS DE INTERVENÇÕES MAIS COMUNS NA PRIMEIRA CONSULTA – ABR – SET/2014

| Intervenções farmacêuticas realizadas | % de pacientes |
|--|-----------------------|
| Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre um tratamento específico | 65,4% |
| Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre os tratamentos de forma geral | 63,8% |
| Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas | 54,2% |
| Recomendação de auto monitoramento | 48,7% |
| Aconselhamento sobre auto monitoramento | 42,3% |
| Lista ou calendário posológico de medicamentos | 39,9% |
| Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica | 39,2% |
| Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre as condições de saúde de forma geral | 38,3% |
| Encaminhamento ao médico | 32,7% |
| Diário para auto monitoramento | 31,3% |
| Recomendação de exame laboratorial | 29,4% |
| Alteração na frequência ou horário de adm. Sem alteração da dose diária | 26,7% |
| Aumento da dose diária | 23,1% |
| Início de novo medicamento | 20,1% |
| Outros encaminhamentos não especificados | 18,8% |
| Outro aconselhamento não especificado | 14,4% |
| Encaminhamento ao nutricionista | 11,8% |

TABELA 4: PORCENTAGEM DE PACIENTES QUE RECEBERAM OS QUINZE TIPOS DE INTERVENÇÕES MAIS COMUNS NA PRIMEIRA CONSULTA – ABR – SET/2014

| Intervenções farmacêuticas realizadas | % de pacientes |
|--|-----------------------|
| Redução de dose diária | 11,4% |
| Recomendação de monitoramento não laboratorial | 10,9% |
| Informe terapêutico/ carta ao médico ou outros profissionais | 9,6% |

FONTE: Pesquisa realizada pelo autor

NOTA: Dados obtidos a partir de prontuários de consultas realizadas nas UBS no município de Curitiba

5.1.2 Retornos

Foram agendados retornos ao fim da primeira consulta em 37,0% (324 pacientes) dos casos. O primeiro retorno ao consultório com o farmacêutico ocorreu em 216 pacientes. Um segundo retorno ocorreu com 41 pacientes, o que representa 19% dos pacientes que foram ao primeiro retorno. O número de retornos realizados pode ser observado na Tabela 5 a seguir.

TABELA 5: NÚMERO DE RETORNOS REALIZADOS - ABR - SET/2014

| Retorno | Pacientes atendidos (n) |
|----------------|--------------------------------|
| 1º Retorno | 216 |
| 2º Retorno | 41 |
| 3º Retorno | 12 |
| 4º Retorno | 2 |
| 5º Retorno | 1 |

FONTE: Pesquisa realizada pelo autor

NOTA: Dados obtidos a partir de prontuários de consultas realizadas nas UBS no município de Curitiba

Devido ao número limitado de pacientes que compareceram até um segundo retorno, para análise estatística, foram considerados apenas os pacientes do primeiro retorno. Destes, 215 apresentaram problemas relacionados à farmacoterapia na primeira consulta e 205 no retorno.

No total foram identificados 1202 problemas em 205 pacientes no primeiro retorno, a mediana de problemas por paciente foi de 6 (IIQ 25-75: 4-8), o que mostra que 95,4% dos pacientes mantinham problemas relacionados a farmacoterapia mesmo após uma consulta farmacêutica realizada. Os mesmos pacientes em primeira consulta totalizaram 1455 problemas, com mediana de 7 (IIQ25-75: 5-8; $p<0,05$) problemas por paciente, apresentando assim redução total de 253 problemas, e redução de 1 problema por paciente. Intervenções farmacêuticas foram realizadas com 93,0% dos pacientes no primeiro retorno, no total foram realizadas 1173 intervenções nestes pacientes, 476 intervenções a menos que na primeira consulta. A mediana de intervenções realizadas por paciente no primeiro retorno foi de 6 (IIQ 25-75: 4-8; $p<0,05$). O tempo mediano entre a primeira consulta e o retorno foi de 27 dias (IIQ 25-75:14-49)

Quatro pontos foram avaliados pelo farmacêutico a cada retorno de um paciente, incluindo a realização de exames, a adesão ao tratamento, a realização de consultas com outros profissionais da saúde e as alterações na farmacoterapia. Na tabela 6 a seguir estão demonstradas as porcentagens de pacientes que apresentaram tais mudanças após uma consulta farmacêutica, e também os resultados considerando todos os retornos realizados.

TABELA 6: PORCENTAGENS DE PACIENTES QUE APRESENTARAM MUDANÇAS NO PROCESSO DE USO DE MEDICAMENTOS APÓS UMA CONSULTA FARMACÊUTICA, TANTO NO PRIMEIRO RETORNO QUANTO CONSIDERANDO TODOS OS RETORNOS (N PRIMEIRAS CONSULTAS = 876). ABR - SET/2014

| | 1º RETORNO (N=216) | | TODOS OS RETORNOS (N=290) | |
|---|--------------------|-------|------------------------------|---------|
| Mudança na adesão do paciente ao tratamento no período desde a última consulta | 132 | 65,7% | 162 | 63.04 % |

TABELA 6: PORCENTAGENS DE PACIENTES QUE APRESENTARAM MUDANÇAS NO PROCESSO DE USO DE MEDICAMENTOS APÓS UMA CONSULTA FARMACÊUTICA, TANTO NO PRIMEIRO RETORNO QUANTO CONSIDERANDO TODOS OS RETORNOS (N PRIMEIRAS CONSULTAS = 876). ABR - SET/2014

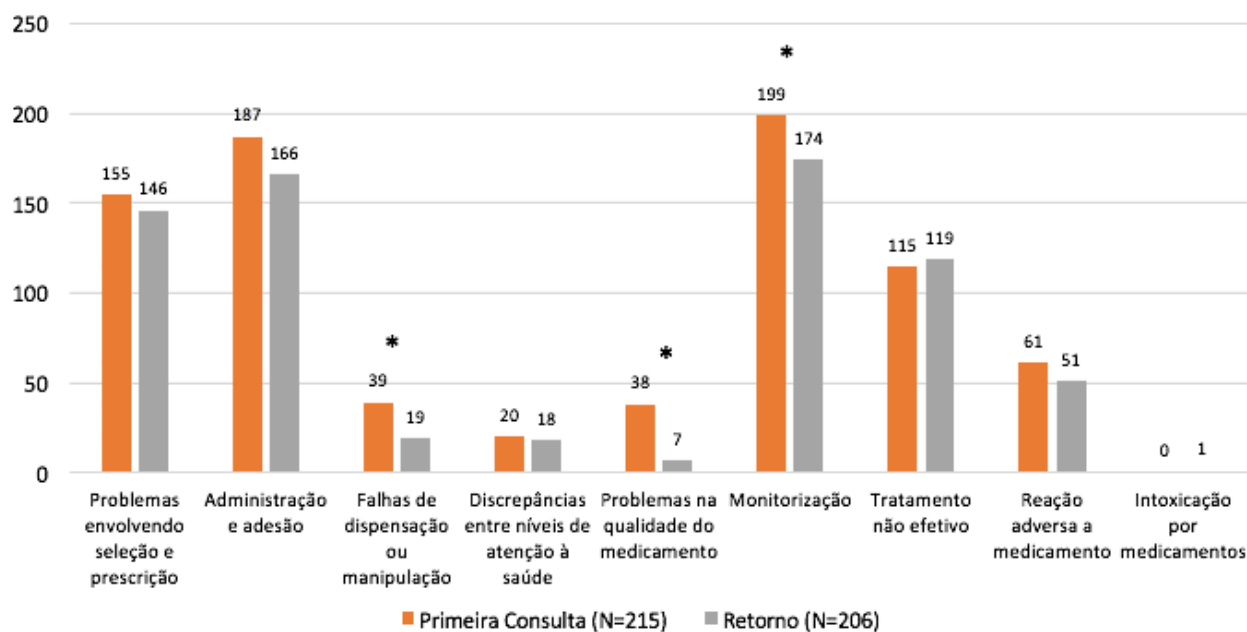
| | 1º RETORNO (N=216) | | TODOS OS RETORNOS (N=290) | |
|---|--------------------|-------|---------------------------|---------|
| Realizados exames de monitorização no período | 112 | 54,9% | 147 | 56.32 % |
| Alterações na farmacoterapia no período | 81 | 40,1% | 102 | 39.38 % |
| Consulta com médico ou outros profissionais no período | 92 | 45,3% | 119 | 45.77 % |

FONTE: Pesquisa realizada pelo autor

NOTA: Dados obtidos a partir de prontuários de consultas realizadas nas UBS no município de Curitiba

Quando comparamos os resultados obtidos na primeira consulta dos pacientes que retornaram pelo menos uma vez no consultório farmacêutico, é possível observar mudanças no perfil de problemas relacionados a farmacoterapia, intervenções e condições clínicas. Nas figuras 12 e 13 a seguir é possível observar quais categorias de problemas e intervenções apresentaram redução estatisticamente significativa entre a primeira consulta e o retorno.

FIGURA 14: FREQUÊNCIA DE PACIENTES COM PELO MENOS UM PROBLEMA RELACIONADO À FARMACOTERAPIA DENTRO DE CADA CATEGORIA NA PRIMEIRA CONSULTA E NO RETORNO. ABR – SET/2014

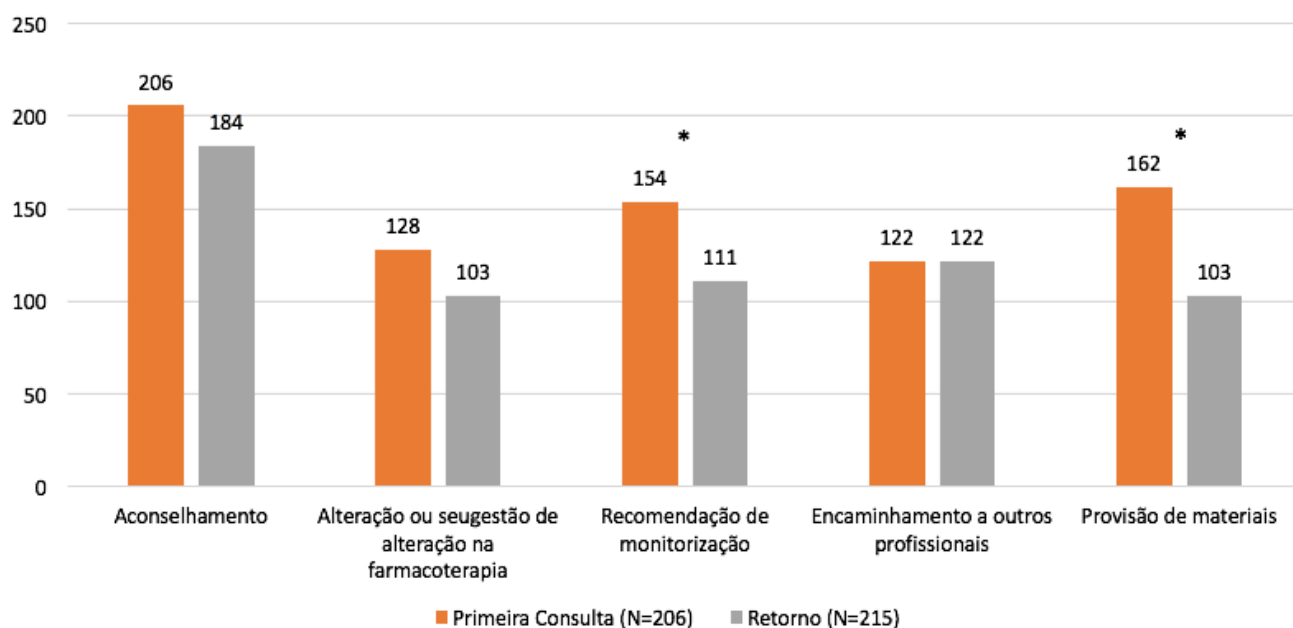


Legenda: * = Valores com diferenças estatisticamente significativas

FONTE: Pesquisa realizada pelo autor

NOTA: Dados obtidos a partir de prontuários de consultas realizadas nas UBS no município de Curitiba

FIGURA 15: FREQUÊNCIA DE PACIENTES COM PELO MENOS UMA INTERVENÇÃO DENTRO DE CADA CATEGORIA NA PRIMEIRA CONSULTA E NO RETORNO. ABR - SET/2014



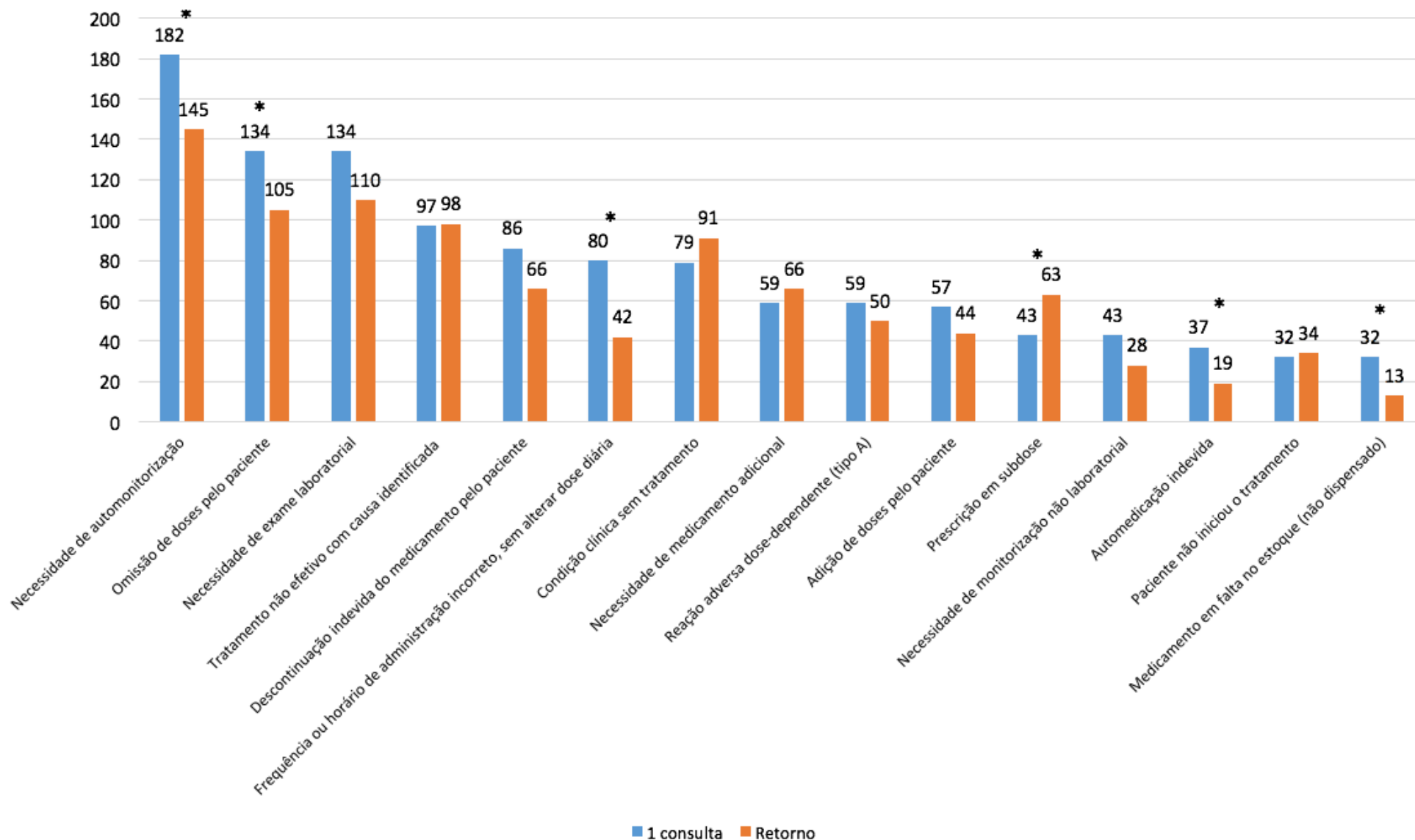
Legenda: * = Valores com diferenças estatisticamente significativas

FONTE: Pesquisa realizada pelo autor

NOTA: Dados obtidos a partir de prontuários de consultas realizadas nas UBS no município de Curitiba

Quando são comparados os problemas e intervenções independentes da sua categoria, é possível observar que em alguns casos há diferença significativa entre primeira consulta e retorno (figura 14 e 15).

FIGURA 16: FREQUÊNCIA DE PACIENTES COM OS PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA MAIS COMUNS NA PRIMEIRA CONSULTA EM COMPARAÇÃO COM O NÚMERO DE PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA NO RETORNO. ABR - SET/2014 (N DE CONSULTAS = 216)

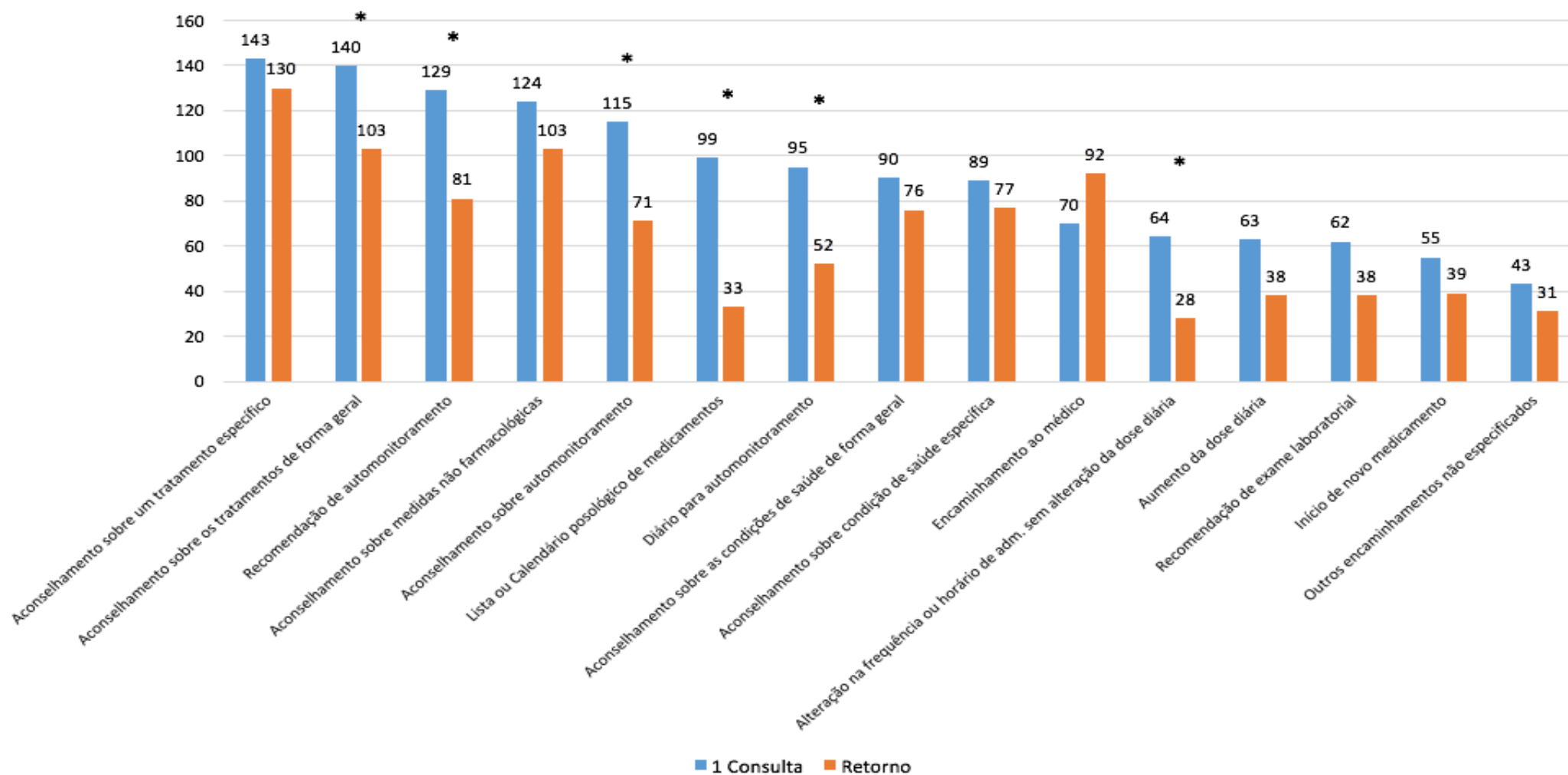


Legenda: * = Valores com diferenças estatisticamente significativas

FONTE: PESQUISA REALIZADA PELO AUTOR

NOTA: DADOS OBTIDOS A PARTIR DE PRONTUÁRIOS DE CONSULTAS REALIZADAS NAS UBS NO MUNICÍPIO DE CURITIBA

FIGURA 17: FREQUÊNCIA DE PACIENTES QUE RECEBERAM AS INTERVENÇÕES MAIS COMUNS NA PRIMEIRA CONSULTA EM COMPARAÇÃO COM O NÚMERO DE INTERVENÇÕES RECEBIDAS NO RETORNO. ABR - SET/2014 (N DE CONSULTAS = 216)



Legenda: * = Valores com diferenças estatisticamente significativas

FONTE: PESQUISA REALIZADA PELO AUTOR

NOTA: DADOS OBTIDOS A PARTIR DE PRONTUÁRIOS DE CONSULTAS REALIZADAS NAS UBS NO MUNICÍPIO DE CURITIBA

Não houve alteração significativa na quantidade de condições crônicas controladas, não controladas ou em estado desconhecido entre a primeira consulta e o retorno. Também não houve alteração significativa no número de pacientes com pelo menos uma condição clínica controlada, não controlada ou com estado desconhecido entre a primeira consulta e o retorno.

Entre as condições clínicas mais comuns (Hipertensão arterial Sistêmica - HAS, Diabetes Mellitus 2 - DM2, Dislipidemias - DSLP, hipotireoidismo, Doença Arterial Coronariana - DAC) também não houve alteração significativa no número de pacientes que apresentavam tais condições em estado clínico controlado, não controlado e desconhecido.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou 1151 consultas farmacêuticas realizadas por profissionais dos Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Curitiba, Paraná, no período de seis meses. A maior parte das consultas (76,1%) foram primeiras consultas, realizadas em 876 pacientes. Destes pacientes que compareceram a uma primeira consulta, 216 realizaram consultas de retorno com o profissional farmacêutico no período avaliado.

No que diz respeito à identificação de pacientes para o serviço de clínica farmacêutica, 57,6% dos pacientes foram agendados devido a encaminhamentos da equipe de saúde para o farmacêutico e 41,0% foram agendados pelo próprio farmacêutico por busca ativa. Este dado revela uma boa aceitação do trabalho de consultas farmacêuticas pela equipe de saúde do município, demonstrando disponibilidade para um trabalho interdisciplinar e a inclusão do farmacêutico na equipe.

Um estudo realizado em Nova Iorque em atenção primária mostrou que médicos não possuíam conhecimento sobre a atuação do farmacêutico na revisão da farmacoterapia, ou o que ela oferecia como benefício ao paciente. Assim, a comunicação entre os serviços prestados pela equipe era insuficiente para que o trabalho fosse considerado colaborativo entre eles. Este quadro é revertido a partir do momento em que a habilidade do farmacêutico nessas atividades é efetiva, trazendo desfechos em saúde positivos para o paciente e uma relação de confiança é estabelecida com os médicos¹¹⁷. O trabalho colaborativo entre farmacêuticos e demais profissionais de uma mesma equipe de saúde têm mostrado resultados positivos para pacientes em diversos pontos de atenção à saúde, como na orientação na alta hospitalar¹¹⁸, farmácia comunitária¹¹⁹, pacientes internados¹²⁰, e clínicas de saúde da família¹²¹.

A maioria dos indivíduos atendidos no período deste estudo possuíam 60 anos ou mais, 69,5% eram idosos de acordo com a Classificação da ONU^{122,123}. Considerando o envelhecimento da população brasileira e o aumento da expectativa de vida, este número é condizente com o aumento progressivo de

idosos no Brasil, e consequente aumento da população com condições crônicas e maior necessidade de atenção à saúde²⁹.

Em relação aos hábitos de vida dos pacientes, a população fumante do estudo correspondeu a 12,9% dos que responderam ao questionamento, 12,9% também ingeriam bebidas alcoólicas no mínimo socialmente e 66,8% não praticava exercícios físicos regularmente. Esses hábitos de vida apresentam impacto direto no perfil de risco para inúmeras doenças. O tabagismo por exemplo é a principal causa de mortalidade evitável do mundo, sendo responsável por aproximadamente 6 milhões de mortes por ano¹²⁴⁻¹²⁶. Cessar o tabagismo comprovadamente reduz o risco de morte por doenças relacionadas^{127,128}, sendo as três maiores causas de morte relacionadas ao hábito de fumar doença arterial coronariana, câncer de pulmão, e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)^{124,126}. Já a ingestão de bebidas alcoólicas, quando excessiva, é um problema social grave, e está associado a morbidade significativa por doenças hepáticas, e aumento do risco de mortalidade global^{129,130}.

Estudos mostram que pacientes atendidos em farmácias comunitárias regularmente aceitariam intervenções farmacêuticas relacionadas a diminuição da ingestão de álcool¹³¹⁻¹³⁴, além disso, programas de educação sobre hábitos de vida para redução do risco cardiovascular envolvendo farmacêuticos comunitários apresentam resultados positivos aos pacientes^{135,136}.

A realização de exercícios físicos é o dado relacionado a hábitos de vida mais preocupante. A inatividade física é considerada um problema de saúde pública em todo o mundo, e tem aumentado em muitos países, com consequências na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis como DAC, diabetes e câncer¹³⁷, sendo o quarto maior fator de risco para mortalidade global¹³⁸, e estudos mostram claramente os benefícios da atividade física em diversos desfechos em saúde, inclusive doenças cardiovasculares e mortalidade por todas as causas^{139,140}.

Apenas 20,3% dos pacientes não estão acima do seu peso ideal, e 45,9% deles são obesos. A soma da inatividade física a obesidade mostra o risco que população se encontra para desenvolvimento de doenças crônicas, e

em sua maior quantidade cardiovasculares. A obesidade está relacionada com o aumento do risco relativo para hipertensão, hipercolesterolemia e diabetes¹⁴¹.

É possível traçar uma relação entre o perfil de hábitos de vida dos pacientes com as suas doenças crônicas mais prevalentes. Das 5 condições mais prevalentes, 4 delas possuem como fator de risco a obesidade: hipertensão¹⁴²⁻¹⁴⁴, diabetes¹⁴⁵, dislipidemia¹⁴⁶ e doença arterial coronariana¹⁴⁷. O hipotireoidismo não tem como fator de risco a obesidade, mas existe a relação entre ganho de peso devido a diminuição da atividade do metabolismo, porém não é significativo a ponto de levar um hipotiroideo a obesidade¹⁴⁸⁻¹⁵⁰.

Intervenções relacionadas a melhoria de hábitos de vida foram realizadas durante as consultas farmacêuticas. Orientações nutricionais básicas, aconselhamentos sobre riscos inerentes ao vício ao tabaco e sobre o sedentarismo, principalmente os relacionados ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares, foram feitas aos pacientes quando necessário. Intervenções de aconselhamento sobre medidas não farmacológicas foram realizadas a 54,2% dos pacientes e 11,8% dos pacientes foram encaminhados a nutricionistas, com o objetivo de direcionar o paciente ao cuidado específico para adequar sua alimentação.

O número de medicamentos usados por paciente teve mediana de 8 medicamentos, lembrando que mais de 94% dos pacientes utilizavam mais do que 5 medicamentos, sendo considerados polimedicados¹⁵¹. A definição de polimedicação ainda não atingiu um consenso, com base na literatura considera-se polifarmácia com variação do número de medicamentos até 9¹⁵², ou então quando medicamentos são utilizados sem indicação clínica definida¹⁵²⁻¹⁵⁴.

Os problemas relacionados a medicamentos em pacientes polimedicados são largamente descritos na literatura. Estudos mostram que idosos polimedicados apresentam maiores chances de apresentar reações adversas a medicamentos, e também de serem hospitalizados^{155,156}, devido a essas reações¹⁵⁷. Erros de pacientes em relação a seus medicamentos ocorrem com maior frequência em pacientes que usam três ou mais medicamentos, quando comparados com os que usam dois ou menos¹⁵⁸. Um estudo clínico randomizado mostrou que entre pacientes idosos com

administração diária de 5 medicamentos ou mais, foram identificados problemas relacionados a medicamentos em 72% deles¹⁵⁹. E idosos com polifarmácia apresentam maior incidência de reações adversas a medicamentos¹⁶⁰. O risco de problemas relacionados a medicamentos aumenta conforme a idade, número de comorbidades e número de medicamentos prescritos^{161–163}.

Devido a polimedicação ser um fator de risco a problemas relacionados a medicamentos intervenções para reduzir a ocorrência de problemas é imprescindível. A atuação do farmacêutico com pacientes polimedicados trazem benefícios clínicos, principalmente na diminuição de prescrições inapropriadas, prevenção de problemas relacionados a medicamentos^{164,165} resolução de problemas de condições clínicas não tratadas ou medicamentos desnecessários¹⁶¹, e prevenção de reações adversas a medicamentos¹⁶⁶.

Devemos lembrar que a população do estudo é em sua maioria idosa, apresentando mediana de 4 condições clínicas, e algumas das mais prevalentes possuem tratamentos combinados, ou seja, utilizando mais de um medicamento para o controle da condição, como: hipertensão arterial sistêmica (HAS)¹⁶⁷, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia¹⁶⁸, doença arterial coronariana (DAC)¹⁶⁹, depressão^{170,171}, insônia¹⁷², osteoartrite^{173,174}, e insuficiência cardíaca¹⁷⁵.

Considerando as comorbidades mais prevalentes, é possível relacioná-las com os medicamentos mais utilizados. Porém, os três primeiros não têm relação direta para o tratamento da hipertensão, a condição clínica presente em 84,1% dos pacientes atendidos. Por que isso acontece? Os medicamentos AAS e sinvastatina são os medicamentos mais utilizados para a prevenção de doenças cardiovasculares, e são prescritos mesmo antes do desenvolvimento de condição clínica específica. Se lembrarmos que pacientes com diagnóstico de diabetes tipo 2 (homens >50 anos e mulheres >60 anos), dislipidemia, doença arterial coronariana e hipertensão arterial de acordo com fatores de risco associados devem utilizar AAS e sinvastatina para prevenção primária ou secundária.

As comorbidades mais prevalentes condizem com a transição epidemiológica vivida pelo Brasil. Diferente de 1950, quando as condições

infecciosas eram responsáveis por mais de 40% da mortalidade no Brasil e hoje por menos de 10% delas, as condições crônicas hoje são as maiores responsáveis por morte no Brasil. Dados do IBGE (2009) mostraram que 75,5% dos idosos no país possuíam pelo menos uma doença crônica, enquanto mais de 64,4% deles apresentam mais de uma^{29,176}.

A HAS é a doença mais prevalente entre os pacientes do estudo, presente em 84,1% deles. No Brasil ela tem alta prevalência e também baixas taxas de controle, e a elevação da pressão arterial (PA) representa aumento progressivo na mortalidade por doença cardiovascular¹⁶⁷, desta forma a monitoração e controle desta condição clínica se torna indispensável e extremamente necessária.

Diversos estudos mostram os efeitos positivos em desfechos em saúde e redução da pressão arterial em pacientes com HAS, além de diminuição do risco cardiovascular. Hirsh e colaboradores demonstraram que ações colaborativas entre médicos e farmacêuticos para controle de pressão arterial em pacientes com hipertensão atingiram melhores desfechos clínicos ao fim de 6 meses de acompanhamento quando comparadas com ações realizadas apenas por médicos¹⁷⁷. Além de levar ao controle da pressão arterial (PAS - 12,24mmHg, PAD 5,17mmHg) o acompanhamento de pacientes hipertensos também fez com que pacientes apresentassem melhora na sua qualidade de vida e aumentassem sua expectativa em relação ao trabalho farmacêutico em prol de suas necessidades de saúde¹⁷⁸.

No Brasil, um estudo randomizado controlado que avaliou a evolução de pacientes hipertensos ou diabéticos acompanhados em unidades de saúde por farmacêuticos, médicos e enfermeiros e os comparou com pacientes acompanhados apenas por médicos e enfermeiros mostrou que os que contaram com o acompanhamento farmacêutico apresentaram diminuição significativa em parâmetros como pressão arterial, hemoglobina glicada e LDL após 36 meses de acompanhamento. Enquanto isso o grupo que não contou com acompanhamento farmacêutico não obteve redução significativa em nenhum dos parâmetros^{179,180}.

Entre as outras comorbidades existem outras doenças cardiovasculares e doenças que são consideradas fatores de risco para desenvolvimento

daquelas. Tais comorbidades fazem parte do perfil de idosos já estudados no Brasil^{181,182} e também no mundo¹⁸³, diferindo de outros países principalmente na presença de diabetes tipo 2, mais prevalente nos idosos brasileiros.

Os dados sobre o estado clínico das condições mais prevalentes são alarmantes, já que nas 5 mais comuns mais de 60% dos pacientes não estão controlados ou então tem o estado clínico desconhecido, o que mostra que o acompanhamento de pacientes com condições crônicas não é realizado na atenção primária, onde deveria ser realizado.

A atuação do farmacêutico pode ser direcionada a uma condição clínica em especial, como é no caso da diabetes. Diversos estudos mostram sucesso em acompanhamento farmacêutico de pacientes diabéticos. Estudos mostram que pacientes diabéticos acompanhados por meio de consultas e telefonemas apresentaram redução significativa da Hemoglobina glicada (HbA1c), enquanto pacientes do grupo controle apresentaram aumento dos valores do mesmo marcador¹⁸⁴, além e melhora da adesão dos pacientes à farmacoterapia¹⁸⁵. E finalmente, uma revisão sistemática mostrou que estudos mostram que a presença do farmacêutico na equipe de saúde é necessária para que a adesão ao tratamento seja eficaz, e consequentemente os resultados em saúde do paciente sejam positivos¹⁸⁶.

Problemas relacionados à farmacoterapia podem levar a sérias consequências para o usuário do medicamento. Estima-se que internações causadas por problemas relacionados a medicamentos são em torno de 2,4 a 6,5% de todas as admissões médicas, sendo uma proporção maior quando consideramos pacientes idosos¹⁸⁷⁻¹⁸⁹.

Nas primeiras consultas foram encontrados 5578 problemas relacionados a farmacoterapia, com mediana de 6 problemas por paciente. Destes, os mais frequentes foram da categoria de monitorização (92,0%), seguidos de problemas com adesão e administração dos medicamentos (84,2%), seleção e prescrição (73,2%), tratamento não efetivo (54,7%), reação adversa (26,5%), problemas de qualidade (13,8%), falhas de dispensação ou manipulação (11,8%), discrepâncias entre níveis de atenção à saúde (9,1%) e intoxicação por medicamentos (0,1%).

O número de problemas encontrados por paciente é superior ao número de problemas encontrados em outro estudo brasileiro que investigou problemas relacionados a medicamentos¹⁹⁰. Isso pode ser explicado pelo fato de que a avaliação de problemas nas consultas farmacêuticas foi realizada de forma integral, considerando desde problemas relacionados desde a seleção e prescrição do medicamento até após o seu uso, avaliando também a efetividade e a segurança do tratamento para o paciente. Os problemas relacionados a farmacoterapia envolvem todo o processo do uso de medicamentos, desde prescrição, adesão, administração, acesso, monitorização, dispensação, segurança e efetividade do tratamento, diferente da maioria dos estudos. Além disso, um dos problemas mais presentes, necessidade de automonitorização, não é tão prevalente no outro estudo¹⁹⁰

Dentro da categoria de problemas mais prevalentes, encontramos o problema relacionado a necessidade de automonitorização (83,7%) foi o problema mais prevalente, seguido de necessidade de exame laboratorial (65,9%), já a necessidade de monitoramento não laboratorial não foi tão frequente (14,4%). Normalmente pacientes que tem necessidade de realizar automonitorização possuem condições clínicas que podem ser monitoradas diariamente, mediante posse de um aparelho para realizar as medições, como diabetes e hipertensão. Em outros casos pode-se realizar monitoramento da dor crônica, por exemplo, na qual o paciente registra de acordo com uma escala visual analógica o grau da dor sentida no momento.

A necessidade de exames laboratoriais pode ser demonstrada pela falta de exames recentes de marcadores bioquímicos que refletem o estado atual da doença. Este resultado corrobora com a quantidade de pacientes que apresentaram condições clínicas com estado clínico desconhecido.

O fato de os problemas relacionados a farmacoterapia mais comuns serem diretamente ligados a monitorização de condições crônicas reflete uma realidade preocupante no Brasil, o acesso ao cuidado da saúde pelos usuários do sistema único de saúde. Por mais que o sistema de atenção à saúde em Curitiba tenha evoluído voltado à formação de redes de atenção à saúde, focando em prevenção e controle de condições crônicas, tais dados mostram que os pacientes não são acompanhados da forma preconizada, e

consequentemente a evolução das doenças ocorre longe dos olhares de médicos de família e equipe de saúde.

Uma revisão sobre o acesso ao Sistema Único de Saúde publicada em 2014 mostra diversos fatores como limitantes ao acesso, dentro de categorias: processos de trabalho, organização da rede de atendimento, sistema e modelo de atenção. O esgotamento do sistema é mostrado como elemento principal para a dificuldade de acesso, e diretamente relacionado à organização do sistema de atendimento³⁴.

A frequência de problemas envolvendo monitorização neste estudo é superior a outros estudos, possivelmente devido ao problema de acesso ao sistema de saúde enfrentado pelos pacientes. Estudos que avaliaram problemas relacionados a medicamentos tanto em pacientes internados quanto em pacientes ambulatoriais foi encontrada menor frequência de problemas por falta de monitorização. Adicionalmente, os medicamentos mais envolvidos nesse tipo de problema são antihipertensivos e medicamentos para o sistema endócrino¹⁹¹, classes representadas entre os medicamentos mais comuns neste estudo. Estudo que avaliou problemas encontrados no acompanhamento de pacientes com condições crônicas específicas (HAS, DM e DSLP) mostrou também que problemas de monitorização são encontrados, porém novamente em menor frequência¹⁹².

Problemas com adesão e administração dos medicamentos foi a segunda categoria mais comum, com os principais problemas de omissão de doses (55,7%), frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária (35,6%), descontinuação indevida do medicamento pelo paciente (33,6%), adição de doses (23,0%) e automedicação indevida foram os mais comuns (14,7%).

Tais resultados mostram possível desconhecimento e incompreensão dos pacientes em relação ao seu tratamento, isto é, não sabem a importância de administrar seus medicamentos na dose correta, no horário determinado ou até a importância de administrarem seus medicamentos de qualquer forma, já que mais de 30% deles descontinuaram algum medicamento sem a recomendação médica para tal.

Estudos mostram que problemas de adesão são multifatoriais, e envolvem tanto profissionais da saúde, o sistema de saúde, a família, a comunidade, as políticas de saúde e também os pacientes^{193–196}. Os profissionais devem estar preparados para dar apoio e suporte aos pacientes, estimulando a adesão, e intervindo de acordo com as suas necessidades individuais. O sistema de saúde necessita estar adequado para atender o perfil de condições clínicas apresentadas pela população. O paciente deve ser assistido pelos profissionais e pelo sistema de saúde de forma que tenha acesso aos medicamentos necessários, para as condições clínicas que apresenta. Deve se realizar acompanhado de forma que as condições clínicas sejam monitoradas, assim a adesão pode ser mensurada pelos desfechos em saúde^{191,193–195}.

Apesar de problemas com a adesão apresentarem influência de diversos fatores, o maior obstáculo para a concordância em relação ao tratamento é o desconhecimento do paciente em relação à sua condição e os efeitos benéficos que o tratamento lhe proporciona. Além disso, preocupações do paciente em relação a condição, ausência de sintomas, o tempo entre a administração do medicamento e o seu efeito, e o medo de eventos adversos. As crenças do paciente em relação aos medicamentos, além das influências familiares, seu próprio conhecimento e experiências passadas com medicamentos são grandes influências nas suas decisões em relação a adesão^{191,196}.

Erros relacionados a adesão aos medicamentos são importantes em casos de eventos adversos em pacientes idosos, totalizando 21% dos eventos adversos preveníveis em uma população nos Estados Unidos⁹⁸. E quanto a relação entre adesão e mortalidade, uma meta análise que investigou este tema concluiu que a boa adesão à farmacoterapia leva a desfechos positivos em saúde¹⁹⁷.

A não adesão é um problema relacionado a farmacoterapia comumente identificado entre pacientes de todas as idades, e é considerado um problema de saúde pública, principalmente entre pacientes com condições crônicas^{198,199}. A frequência de não adesão varia entre os estudos, populações que são minoria, com dificuldades para acesso a serviço de saúde e também que

apresentam barreiras de comunicação mostraram ter mais problemas relacionados a adesão e também a conhecimento sobre suas condições e medicamentos em uso²⁰⁰. Já pacientes idosos acompanhados em farmácias comunitárias também apresentaram problemas de adesão e administração (6,2%), porém esses foram menos prevalentes do que problemas com medicamentos inapropriados (25,4%) ou que causavam reações adversas (8,4%)^{161,201}.

Dentre os três problemas mais prevalentes relacionados a administração e adesão, a omissão de medicamentos é muito comum na literatura, e ocorre principalmente quando o paciente necessita administrar o medicamento mais que uma vez ao dia, o aumento do número de doses aumenta proporcionalmente a porcentagem de não adesão^{20,161,201}. Erros na frequência de administração dos medicamentos tendem a ocorrer conforme a complexidade do regime terapêutico aumenta^{20,193}. Um estudo mostrou que pacientes com medicamentos prescritos e orientados a serem administrados pela frequência diária, isto é, 2 ou 3 vezes ao dia, apresentam melhor adesão do que ao medicamento prescrito para ser administrado em um horário definido^{20,202}.

A terceira categoria de problemas relacionados a farmacoterapia mais comum foi de problemas com seleção e prescrição de medicamentos, e 73,2% dos pacientes apresentavam pelo menos um dos problemas da categoria. Os problemas mais frequentes dentro desta categoria foram: condição clínica sem tratamento (39,7%), necessidade de medicamento adicional (30,0%) e prescrição em subdose (24,7%).

Toda condição clínica que pode ser tratada com medicamentos necessita ter seu tratamento farmacológico prescrito^{58,203,204}. Ocorrência de condições clínicas que não são devidamente tratadas normalmente está ligada a casos de inércia terapêutica. Muito comum em tratamento de condições crônicas, principalmente em fase assintomática²⁰⁵⁻²⁰⁷, a inércia terapêutica acontece quando um tratamento não é iniciado ou intensificado quando necessário²⁰⁸⁻²¹⁰. Dessa forma, a necessidade de medicamento adicional pode ser justificada da mesma forma, estudos mostram que a inercia terapêutica é

conhecidamente uma barreira para o controle da hipertensão arterial^{211,212}, diabetes mellitus tipo 2^{213,214} e dislipidemia²¹⁴.

Uma revisão sistemática que investigou morbidade e mortalidade relacionadas a medicamentos no Brasil mostra que 5,2% dos pacientes apresentaram relacionados a omissão de um tratamento necessário a eles, e hospitalizações com omissão de tratamento ocorreu em 3,2% dos pacientes⁵⁶.

Problemas relacionados com seleção e prescrição dos medicamentos têm prevalência variável entre estudos. Foram os mais prevalentes em um estudo no qual farmacêuticos de diversos serviços reportaram os problemas relacionados a farmacoterapia identificados. Em pacientes atendidos ambulatorialmente, problemas relacionados a seleção e prescrição foram os mais comuns, responsável por 39% dos problemas. Neste estudo os problemas de dose incorreta (não descrito se sub ou sobredose) e necessidade de medicamento adicional também estão entre os mais vistos. Já o problema condição clínica sem tratamento não foi identificado²¹⁵. Em estudo controlado randomizado subdosagem e necessidade de medicamento adicional estão entre os problemas menos comuns, e não foram identificadas condições clínicas sem tratamento²¹⁶. O acesso ao sistema de saúde é um fator importante para determinação dos problemas relacionados a farmacoterapia. No estudo onde não foram identificadas condições clínicas não tratadas, foram incluídos apenas pacientes que já possuíam consulta médica agendada, mostrando a existência de acompanhamento deste paciente. No presente estudo a abordagem holística das consultas farmacêuticas possibilitava obtenção de informações completas sobre o estado de saúde do paciente, e o acompanhamento falho dos pacientes nas unidades de saúde, ou com especialistas, faz com que o número de condições ou queixas não tratadas seja maior.

Quarta categoria mais comum de problemas relacionados a farmacoterapia, o tratamento não efetivo com ou sem causa definida esteve presente em pelo menos 54,7% dos pacientes.

É interessante observarmos que as quatro categorias de problemas relacionados à farmacoterapia mais comuns estão relacionadas entre si. A mais comum, necessidade de monitoramento está ligada a falta de acesso e

acompanhamento dos pacientes pelo sistema de saúde, fato este que reflete na adesão dos pacientes. Um estudo realizado no México mostrou que pacientes que eram acompanhados mensalmente, e não exclusivamente por farmacêuticos, apresentavam melhor adesão ao seu tratamento, simplesmente pelo encontro com o profissional²¹⁷. E problemas relacionados com a seleção e a prescrição de medicamentos foi a terceira categoria de problemas mais comuns, com menor frequência que os problemas relacionados à adesão. O tratamento não controlado, independente de se conhecer a causa ou não, é uma consequência dos problemas anteriores.

Em um estudo no qual foram conduzidas revisões de medicação de pacientes idosos, problemas de medicamentos não efetivos foram identificados em apenas 8,5% dos pacientes, porém a mediana de problemas por paciente foi menos da metade do que foi encontrada neste estudo, 2 problemas por paciente. Este dado mostra também a dependência que este problema tem em relação a outros, visto que os problemas no processo de uso de medicamentos são possíveis causas de problemas de efetividade. No estudo citado os problemas mais comuns foram medicamentos desnecessários (25,5%) e necessidade de medicamento adicional (15,9%), logo após, medicamentos não efetivos (8,5%), com uma baixa porcentagem em relação aos demais¹⁶¹.

Neste trabalho a maioria dos pacientes (81,9%) faziam a sua própria gestão dos medicamentos, sendo que ficou demonstrado que a taxa de problemas relacionados a administração e adesão é muito grande. Estes dados são alarmantes e mostram o quanto os pacientes precisam de orientação e suporte sobre como administrar e gerenciar seus medicamentos. Estudos mostram que idosos fazem uso de regimes de medicação complexos, incoerentes com o avanço da idade e consequentes complicações cognitivas e físicas necessárias para a gestão dos medicamentos²¹⁸⁻²²⁰, assim o risco de hospitalização se torna maior, devido ao risco da auto gestão da farmacoterapia^{158,220-222}. A confusão sobre os medicamentos em uso levou idosos a hospitalização em 12% de casos em um estudo sobre admissões devido a problemas relacionados a medicamentos^{218,220}.

Pelo menos um tipo de reação adversa esteve presente em 26,5% dos pacientes, sendo que a mais comum foi a do tipo dose dependente, em 25,6%

dos pacientes. Este tipo de reação adversa é a mais comum, relacionada a um efeito farmacológico do medicamento, previsível e pouco relacionado a mortalidade²²³.

Os resultados encontrados neste estudo vão de encontro com os presentes na literatura, a qual mostra que RAM está presente em pessoas não hospitalizadas com uma prevalência que varia entre 5 e 35%^{56,97,224,225}. Uma revisão sistemática de estudos observacionais brasileiros mostrou que 4,3% dos pacientes apresentaram RAM, as hospitalizações por reações adversas aconteceram em 6,3% dos pacientes e 0,1% deles foram a óbito⁵⁶.

De forma controversa estudos mostram que a prevalência de reações adversas que levam a internamentos é baixa²²⁶⁻²³⁰, porém esta estatística pode ser subestimada, já que a cultura de notificação de reações adversas não existe em todos os hospitais, e nem sempre RAM são caracterizadas como problema de saúde no momento da internação²³¹. Em estudo realizado na Bahia a prevalência de internações por reações adversas a medicamentos (RAM) foi de 2,1%, sendo que 80% dos casos o tipo de reação foi A, e previsíveis na maior parte dos casos²³¹.

Dentre os problemas relacionados a qualidade do medicamento, 13,8% dos pacientes apresentaram pelo menos um problema desta categoria, sendo que o armazenamento realizado de forma incorreta em suas casas foi o problema mais prevalente (11,4%) entre eles.

Informação amplamente difundida entre profissionais de saúde, a forma de armazenar medicamentos é um erro ainda muito visto nos domicílios de usuários de medicamentos. Durante as consultas os farmacêuticos questionavam os pacientes sobre onde armazenavam seus medicamentos, ou então em visitas domiciliares avaliavam pessoalmente as condições de armazenamento. Considera-se, por exemplo armazenamento inadequado quando medicamentos permanecem em locais úmidos, como banheiros; ambientes quentes, como próximos a um fogão dentro de uma cozinha; ou então medicamentos que devem permanecer refrigerados guardados na porta da geladeira, ou dentro de isopores dentro da geladeira. Variações de temperatura, umidade, ou incidência direta de luz contribuem para que o medicamento sofra alterações físico químicas que podem afetar seu efeito

terapêutico. A degradação dos princípios ativos leva a diminuição da eficácia, ou então a formação de substâncias tóxicas, comprometendo a estabilidade do medicamento e oferecendo riscos de intoxicação²³².

Estudos realizados no Brasil mostraram que a maioria dos pacientes visitados em suas casas apresentavam armazenamento incorreto de seus medicamentos^{233,234}, e também sem a data de validade nos frascos ou blisters, além de não apresentarem também bula, número do lote, ou nome do princípio ativo. A falta destas informações, pode levar ao uso de medicamentos que ultrapassaram o prazo de validade, e causar riscos à saúde, inclusive o uso incorreto de medicamentos ou impossibilidade de rastreamento pela falta de informações sobre ele^{232,234}.

É importante ressaltar que 97,6% dos pacientes retiravam seus medicamentos em unidades de saúde, mostrando que possivelmente grande parte da falta de estoque aconteceu em unidades de saúde, já que um número menor de pacientes, 57,4% retiravam pelo menos um medicamento em uma farmácia privada. Estes dados condizem com estudos realizados anteriormente no Brasil, os quais mostram que cerca de 97% da população atendida por ESF tem acesso a seus medicamentos na atenção primária, já outros mostram uma prevalência menor, cerca de 87%^{235,236}.

Dados nacionais mostram que o acesso aos medicamentos na atenção primária à saúde variam entre 61,0 a 81,2% entre adultos e 87,0% entre idosos^{233,237,238}. Estudo conduzido na cidade de Blumenau, SC, mostrou que os motivos que mais levavam a pacientes não terem acesso a seus medicamentos na atenção primária foram o medicamento não ser fornecido pelo SUS, em 42,5% dos casos, e o medicamento estar em falta no estoque, em 40,7% dos usuários²³³.

De todos os pacientes, 9,1% deles apresentaram problemas de discrepâncias entre níveis de atenção à saúde, sendo a duplicidade terapêutica a discrepância mais comum. Encontra-se na literatura dados sobre prevalência de discrepâncias em pacientes após alta hospitalar variando entre 26 a 97%²³⁹⁻²⁴². A literatura traz frequências muito maiores do que as observadas nos pacientes atendidos nas UBS de Curitiba. Um dos possíveis fatores que influenciaram para que a frequência fosse abaixo do esperado é que nem

sempre os pacientes levam em sua primeira consulta todas as prescrições médicas e/ou todos os medicamentos que utiliza, caixa de medicamentos, lista de medicamentos em uso, o que dificulta a identificação deste tipo de problemas pelo farmacêutico.

A preocupação com a existência de discrepâncias existe devido aos riscos de EAM aumentarem proporcionalmente ao aumento de discrepâncias. Com o objetivo de prevenir tais problemas, a realização da reconciliação medicamentosa leva ao aumento da adesão do paciente ao tratamento²⁴³, e consequentemente o risco de eventos adversos a medicamentos (EAM), os quais comumente são preveníveis, diminui^{215,243-246}.

Dados da literatura mostram que pacientes complexos, polimedicados e com diversas comorbidades^{239,247,248}, consequentemente são atendidos por mais de um médico²⁴⁹, assim a dificuldade para realização da conciliação medicamentosa aumenta, e as chances de existirem discrepâncias também²³⁹. Além desses fatores, internamento no ano anterior também é preditivo de um paciente apresentar discrepâncias²³⁹.

Por fim, o problema de intoxicação por medicamentos foi observado em 0,1% dos pacientes, ou seja, apenas em um. Neste caso a intoxicação foi por digoxina, um medicamento que possui baixo índice terapêutico, e necessita de ajuste de dose em idosos e pessoas com insuficiência renal²⁵⁰.

Dados da literatura trazem baixa prevalência de intoxicação por medicamentos se compararmos com os outros problemas relacionados a farmacoterapia. Uma revisão sistemática de estudos observacionais do Brasil mostrou que intoxicação por medicamentos teve prevalência de 4,2% em adultos e idosos, e 1,5% em crianças. Quando não restrito a faixa etária, teve prevalência de 5,5%⁵⁶. Dados do Sinixtox mostram que no ano de 2012 a intoxicação por medicamentos foi o tipo de intoxicação mais notificado, sendo responsável por 27,3% (27008 casos) de todos os casos, sendo que desse percentual 4,1% eram idosos (1100 casos), no caso de óbitos foi o segundo maior causador de mortes, responsável por 21,4% (81 casos) de todos os casos de óbito relacionados por intoxicação no Brasil²⁵¹⁻²⁵³.

Frente a problemas relacionados a farmacoterapia os farmacêuticos realizavam intervenções com a intenção de resolver tais problemas. Assim, foram realizadas 5713 intervenções nas primeiras consultas, dessas as mais comuns foram da categoria de informação e aconselhamento, em que 92,9% dos pacientes receberam pelo menos uma intervenção desta categoria. Logo após a categoria de provisão de materiais, com 63,9% dos pacientes recebendo pelo menos uma intervenção da categoria. As seguintes categorias foram recomendação de monitoramento (61,8%), alteração ou sugestão de alteração na terapia (52,9%), e encaminhamento a outros profissionais de saúde (51,8%).

De forma diferente dos problemas relacionados a farmacoterapia, todas as categorias de intervenções são realizadas em mais da metade dos pacientes. Importante lembrar que um problema relacionado a farmacoterapia não possui uma intervenção padronizada direcionada a ele, e também um problema pode levar a mais de uma intervenção. Estudos mostram que a realização de intervenções combinadas é mais efetiva quando são feitas intervenções combinadas, mais de uma por consulta, com o objetivo de melhorar o processo de uso dos medicamentos pelo paciente, levando a melhores desfechos em saúde^{19,20}.

Difícilmente uma consulta farmacêutica é encerrada sem intervenções de aconselhamento serem feitas, porém os farmacêuticos que realizaram as consultas nas unidades de saúde estavam em processo de capacitação durante o período deste estudo, por serem os seis primeiros meses de realização de consultas²¹. Assim, a não realização deste tipo de intervenções em todas as consultas pode ser justificado por possível falta de segurança ou preparo para tal e também pela falta de familiaridade dos farmacêuticos com a forma de registro no prontuário. Além deste fato, em algumas unidades de saúde não havia local adequado disponível para que a consulta fosse realizada, impossibilitando uma consulta privativa, e possivelmente inibindo profissional e paciente em um possível momento de intervenção, aparelhos para aferição de pressão arterial, glicemia capilar, e balança para verificação do peso e posterior calculo do IMC do paciente também não estavam sempre

disponíveis em todas as ocasiões de consulta. Assim, a identificação de problemas e posterior intervenção ficavam prejudicados.

Dentro da categoria de aconselhamento, as mais realizadas foram: aconselhamento ao paciente/cuidador sobre um tratamento específico (65,4%), aconselhamento ao paciente/cuidador sobre os tratamentos de forma geral (63,8%), e aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas (54,2%). Estas intervenções são educacionais, e promotoras de conhecimento sobre o tratamento, farmacológico e não farmacológico, e sobre as condições clínicas que o paciente apresenta ou corre o risco de apresentar¹⁹.

Intervenções de aconselhamento podem estar ligadas a diferentes tipos de problemas relacionados a farmacoterapia, e normalmente outros tipos de intervenção vão necessitar de aconselhamento combinado. Estão diretamente ligadas a não adesão intencional e não intencional, tanto a farmacoterapia, quanto a medidas não farmacológicas, e devem ser elaboradas individualmente para cada paciente, considerando seu grau de instrução, capacidade de compreensão, crenças, intenções e atitudes relacionados ao tratamento, e a capacidade do paciente de fazer a gestão correta de seus medicamentos^{254,255}.

Estudos mostram que intervenções individualizadas reduziram taxas de hospitalizações e também mortalidade de pacientes em uso de medicamentos com baixo índice terapêutico²⁵⁶ além de aumentar a satisfação do paciente com o serviço prestado²⁵⁷. Outros estudos mostram que pacientes nem sempre entendem as instruções de como utilizar seus medicamentos, e geralmente não entendem ou então esquecem o que o clínico lhes disse durante uma consulta^{258,259}. E também, os pacientes que sabem porque tomam os medicamentos apresentam maiores chances de seguir o regime terapêutico proposto do que os que não entendem²⁵⁴. O quanto um indivíduo tem de conhecimento sobre sua condição e seu tratamento é diretamente relacionado a adesão ao tratamento²⁵⁴.

Em tratamentos de curta duração o simples fato de educar o paciente sobre a importância de seguir o plano terapêutico, somado a instruções escritas de como seguir o plano, garantiram um aumento na adesão ao

tratamento²⁶⁰. Orientações sobre possíveis reações adversas não causaram efeitos negativos na adesão do paciente ao tratamento²⁶¹.

Em tratamentos de condições crônicas, como HAS e asma, o aconselhamento ao paciente combinado com intervenções, como auto monitoramento, lembretes para administração de medicamentos, simplificação do regime terapêutico, inserção do paciente em grupos de apoio e educação, causaram maior adesão ao tratamento e melhores desfechos clínicos^{262–264}. Um estudo em que pacientes asmáticos foram aconselhados e treinados sobre como utilizar os dispositivos mostraram que em seis meses houve redução de sintomas, diminuição no número de crises e melhora na adesão relatada pelo paciente^{265,266}.

Pacientes diabéticos que relatavam não tomar suas medicações por diversos motivos apresentaram melhora na adesão, nos valores de hemoglobina glicada e glicemia de jejum, assim como diminuição de sintomas relacionados a diabetes após passarem a receber ligações com dicas de autocuidado, manejo da condição clínica e medicamentos^{266,267}.

Um estudo que avaliou intervenções de aconselhamento direcionadas a pacientes que possuíam baixo letramento em saúde constatou que, pacientes que participaram de consultas com comunicação interativa apresentaram melhores desfechos em saúde quando comparados com os que não participaram de tais consultas²⁶⁸. A comunicação interativa envolve confirmar com o paciente as informações que foram ditas na consulta, pedindo para que ele repita pontos importantes em relação ao tratamento ou condição de saúde, os quais foram comunicados a ele durante a consulta. Estudos mostram que esse tipo de comunicação faz com que o paciente retenha maior quantidade de informações dadas a ele, e consequentemente atinja melhores desfechos em saúde^{268,269}. Este tipo de estratégia de comunicação se mostra melhor para pacientes que apresentam, principalmente, baixo letramento em saúde e doenças crônicas, já que o aumento da informação absorvida e a comunicação mais rica aparentemente melhoram seus desfechos em saúde^{270–272}.

Como era esperado, a segunda categoria mais comum de intervenções está a de provisão de materiais, englobando vários tipos de materiais que podem ser entregues. Dentre todos, o mais comum foi a entrega de lista ou

calendário posológico de medicamentos, para 39,9% dos pacientes. Era esperado que este fosse o material mais comumente entregue aos pacientes na atenção primária, já que ele sumariza todos os medicamentos utilizados por eles, e 63,1% possuíam dois ou mais médicos prescritores no último ano, o que facilita a confusão entre receitas, e consequentemente dificuldade de adesão. Este tipo de intervenção visa alterar a forma de utilização dos medicamentos pelo paciente, e consequentemente facilitar a rotina de tomada dos medicamentos, facilitando a adesão^{20,254}.

Dois estudos em que pacientes receberam intervenções de aconselhamento, simplificação do regime posológico e calendário posológico mostraram que houve melhora na adesão após 18 meses de acompanhamento²⁷³. A entrega de um calendário posológico diário de auto monitoramento necessita uma explicação de como tais materiais devem ser interpretados e utilizados. A combinação destas duas intervenções, o material adicionado de um aconselhamento, têm mais efeito sobre a adesão do que quando realizadas separadas. Meta análises e revisões científicas mostram que intervenções educacionais e comportamentais, quando combinadas promovem melhor adesão e melhores desfechos clínicos^{255,263,264,266}.

Intervenções de provisão de materiais inclui também organização de medicamentos em envelopes, ou instrumentos para facilitar a identificação e consequente administração deles. Uma revisão sistemática e meta análise realizada em 2009 mostrou que pacientes que recebiam este tipo de intervenção aumentavam as chances de maior adesão a farmacoterapia em 67%²⁷².

Foi entregue para 31,3% dos pacientes diários para registrar resultados do auto monitoramento em suas residências, o segundo tipo de material provido para os pacientes. Essa informação é coerente com a terceira categoria de intervenções mais comuns, a de recomendação de monitoramento, feita em 61,8% dos pacientes, 48,7% deles receberam a recomendação de auto monitoramento, e 42,3% receberam aconselhamento sobre como realizar o auto monitoramento. E então, nos perguntamos como o número de materiais entregues para o automonitoramento foi menor do que o número de pacientes que receberam a recomendação? Como já observamos

neste estudo, as condições clínicas mais prevalentes foram hipertensão arterial e diabetes mellitus, duas condições em que o auto monitoramento é possível, e que em muitos casos os pacientes já possuem dispositivos ou materiais que auxiliam nesta atividade. Por exemplo, carteirinhas de participação em grupos do Hiperdia, nas quais existe o espaço para preenchimento com os valores da pressão arterial, e também pacientes diabéticos insulinizados os quais recebem dispositivos para aferição da glicemia capilar e as fitas necessárias para tal, os dispositivos são compatíveis com computadores, nos quais a informação é descarregada quando são conectados. Assim, nem sempre a recomendação de auto monitoramento trazia a necessidade da entrega do diário para sua realização, e também a necessidade do aconselhamento de como realizar a automonitorização era necessária, pelos pacientes já possuírem conhecimento sobre seus dispositivos e carteirinhas.

A necessidade de monitorização do paciente está diretamente atrelada a avaliação da efetividade farmacoterapia em uso. Revisão sistemática e meta-análise que avaliou a efetividade de serviços clínicos farmacêuticos realizados na atenção primária revelou que em 11 estudos em que o farmacêutico realizou monitorização do paciente, seja por resultados de auto monitorização ou laboratoriais, oito obtiveram resultados positivos nos desfechos clínicos²⁷⁴. As condições acompanhadas nestes estudos foram HAS, DM e DSLP, e os resultados foram utilizados para avaliar a efetividade da farmacoterapia, e risco de eventos adversos. Baseado nos resultados encontrados, sugestões ou alterações da farmacoterapia são realizadas em colaboração com o médico responsável.

O número de pacientes que necessitavam de monitorização (92,0%) é muito inferior ao número de pacientes que realmente receberam a intervenção para que a monitorização fosse realizada, tanto a residencial, 83,7% dos pacientes com necessidade, quanto a laboratorial, 65,9% dos pacientes com necessidade deste tipo de monitorização. Esta discrepância existe porque durante uma primeira consulta dificilmente são abordados todos os problemas e intervenções necessárias. São observados os problemas mais preocupantes, do ponto de vista do profissional, e também os problemas mais importantes para o paciente, os que mais trazem incômodo, diminuição da sua qualidade de

vida, e os relacionados a queixas importantes. As intervenções são realizadas de acordo com a necessidade do paciente e urgência dos problemas, sendo assim, alguns problemas identificados em uma primeira consulta podem ter intervenções relacionadas a eles realizadas em próximos encontros, de acordo com a avaliação do farmacêutico.

Intervenções com alterações ou sugestões de alteração na farmacoterapia estiveram presentes em consultas com pelo menos 52,9% dos pacientes atendidos. Destas intervenções, as mais comuns foram alteração na frequência ou horário de administração sem alteração da dose diária (26,7%), aumento da dose diária (23,1%) e início de novo medicamento (20,1%) dos pacientes. Estas intervenções podem tanto seguir uma prescrição médica, a qual não é seguida corretamente pelo paciente, quanto simplificar a posologia dos medicamentos para que a rotina diária de administração se torne mais fácil.

Um estudo brasileiro mostra a realização de intervenções semelhantes, com frequências ainda menores do que as vistas neste trabalho, e já com desfechos positivos após as intervenções¹⁹⁰. Outros estudos mostram também o benefício de intervenções com alterações ou sugestões na farmacoterapia combinadas a intervenções de aconselhamento, trazendo desfechos positivos em saúde e satisfação do paciente com o serviço farmacêutico prestado^{184,275}.

Já uma revisão sistemática que avaliou os componentes dos serviços clínicos farmacêuticos mostra que alteração ou sugestão de alteração na farmacoterapia foi a segunda intervenção mais comumente realizada, direcionadas ao prescritor, e esteve presente em presente em 42,6% dos estudos⁵¹.

E por fim, a categoria menos comum de intervenções realizadas foi a de encaminhamento para outros profissionais de saúde. Mesmo em último lugar, 51,8% dos pacientes foram encaminhados para pelo menos um outro profissional da equipe de saúde. Destes, 32,7% foram encaminhados para um médico, 11,8% para nutricionistas e 18,8% para profissionais não especificados no prontuário farmacêutico, como educadores físicos.

Estes encaminhamentos refletem dados previamente discutidos, como os hábitos de vida relatados, os quais mostram a necessidade do acompanhamento por profissionais como nutricionistas e educadores físicos. Estas intervenções também mostram como a consulta farmacêutica pode funcionar como uma forma de reintroduzir o paciente na atenção primária, já que essas consultas são desenvolvidas considerando o paciente na sua integralidade buscando atender todas as suas necessidades num contexto interdisciplinar. A necessidade de consultas com outros profissionais e o consequente encaminhamento, com a troca de experiência e relato do caso, seja por carta ou pessoalmente na unidade de saúde, reforça o trabalho colaborativo, centrado no paciente, e integrado com todos da equipe.

Encaminhamentos a outros profissionais de saúde foi realizado em média entre 12,0 a 14,5% dos estudos analisados em uma meta análise que avaliou os componentes de serviços clínicos farmacêuticos. Estes resultados são menores que os encontrados neste estudo, porém, a realidade desta população é de distanciamento da atenção primária, e necessidade acompanhamento, principalmente médico, realidade também encontrada em outras regiões do Brasil³³.

A frequência de encaminhamentos, tanto da equipe para farmacêuticos quanto dos farmacêuticos para o restante da equipe demonstrou o início da integração de toda a equipe de saúde visando um atendimento centrado no paciente. A ação colaborativa entre membros de uma equipe de saúde, principalmente entre médicos e farmacêuticos, comprovadamente trazem benefícios ao paciente. O braço de um estudo multicêntrico que avaliou pacientes hipertensos resistentes que utilizavam 3 ou mais medicamentos mostrou que a ação colaborativa entre farmacêuticos e médicos causou melhora na adesão a farmacoterapia, e reduziu significativamente os valores médios da pressão arterial²⁷⁶.

O *American College of Clinical Pharmacists* (ACCP) reuniu as informações referentes um questionário respondido voluntariamente por diversos farmacêuticos atuantes em atenção primária. Dentre atividades como gestão colaborativa da farmacoterapia, reconciliação medicamentosa, avaliação e acompanhamento da adesão, acompanhamento de resultados

clínicos, imunização e implementação de projetos, 71% relataram participar frequentemente da gestão colaborativa dos medicamentos, a atividade mais realizada de todas por farmacêuticos²⁷⁷.

As duas categorias menos frequentes, ainda que envolvam mais que 50% dos pacientes atendidos, mostram o início do trabalho colaborativo nas Unidades de Saúde de Curitiba. Espera-se que com o amadurecimento do serviço e prática dos profissionais farmacêuticos o encaminhamento a outros profissionais e as ações que necessitam decisões compartilhadas, como sugestões de alteração na farmacoterapia, sejam cada vez mais frequentes. Porém, o trabalho colaborativo entre os membros da equipe não depende apenas do início de um serviço de clínica farmacêutica dentro de uma unidade. A equipe de saúde deve trabalhar visando atingir o acompanhamento compartilhado do paciente, intervindo para atingir os melhores desfechos clínicos, reconhecendo o trabalho e a importância de cada profissional no cuidado do paciente. A comunicação aberta, o compartilhamento de informações formalmente e informalmente, a liberdade para realizar abordagens, a disponibilidade e a proximidade entre os integrantes facilita o desenvolvimento da equipe¹².

Quando os dados relativos a primeiras consultas e primeiro retorno são comparados, observa-se que em relação as categorias de problemas, houve redução significativa no número de pacientes com pelo menos um problema nas categorias de necessidade de monitorização, falhas na dispensação do medicamento e problemas de qualidade do medicamento. Duas dessas categorias dependem diretamente do farmacêutico para que os problemas sejam resolvidos, a necessidade de monitorização, já que entre os problemas dessa categoria o mais comum foi de necessidade de automonitorização, o qual o farmacêutico pode solicitar ao paciente que ele realize a automonitorização, e também orientar como ela deve ser feita e fornecer ao paciente um diário para registro das medições. A outra categoria, problemas na qualidade do medicamento, também tem a resolução dos seus problemas diretamente com o farmacêutico, com a orientação de como armazenar os medicamentos, e a vistoria para verificar os prazos de validade dos medicamentos.

Problemas de seleção e prescrição, discrepâncias entre níveis de atenção à saúde, tratamento não efetivo e reação adversa a medicamentos não apresentaram redução significativa quando comparados entre primeira consulta e retorno. Levantamentos recentes realizados mostram altas taxas de aceitação de intervenções farmacêuticas focadas em resolver problemas de seleção e prescrição de medicamentos^{215,277}, porém para que isso aconteça é necessário que o paciente tenha pelo menos um encontro com o médico, e então a alteração na farmacoterapia seja feita. Alguns casos de problemas como tratamento não efetivo e reações adversas podem ser resolvidos com aconselhamentos direcionados a melhor gestão dos medicamentos pelo paciente, porém os que não podem ser resolvidos dessa forma e que uma alteração na farmacoterapia é necessária, uma consulta médica deve acontecer. O mesmo se aplica para a resolução de discrepâncias entre níveis de atenção à saúde, em que uma consulta médica deve ser realizada para que o prescritor realize a concordância entre discrepâncias encontradas entre prescrições que o paciente possui.

Apenas 45,3% dos pacientes compareceram a uma consulta médica antes do retorno, e 11,9% receberam uma carta com sugestões de alteração na terapia direcionada ao médico. Estes dados mostram que apesar dos problemas existirem, a intervenção para sua resolução nem sempre foi realizada, ou então, o encontro necessário com o médico para que ela fosse pelo menos analisada não existiu. Assim, a não redução de tais problemas pode ser alcançada, e possivelmente eles se repetiram, em sua maioria, na segunda consulta.

Adesão e administração não apresentou redução significativa no número de pacientes com problemas na categoria, mesmo quando as intervenções de aconselhamento sobre tratamentos, geral ou específico, entrega de calendários posológicos foram as mais realizadas. Apesar deste dado, os farmacêuticos observaram melhora na adesão dos pacientes em 65,7% deles.

Mas como é possível que um problema em sua categoria não apresente redução, mas aos olhos do profissional exista redução importante? É possível explicar esse fato lembrando que um paciente utiliza diversos medicamentos, e pode apresentar melhora na utilização de alguns, mas não todos, e então o

problema irá ser visto ainda em próximas consultas até completa compreensão do paciente sobre o uso de todos os seus medicamentos. Para que o paciente entenda de forma satisfatória os aconselhamentos apresentados a ele em uma consulta, o ideal é que 3 a 4 tópicos sejam discutidos^{254,278}, assim a quantidade de informação dada ao paciente em casa consulta deve ser cuidadosamente pensada, e então eleitas as informações mais relevantes a serem dadas naquele momento de acordo com os interesses do paciente e considerando casos que devem ser resolvidos com maior urgência.

Também devemos lembrar que em uma primeira consulta ele pode receber diversas intervenções, como de aconselhamento sobre o uso dos medicamentos, receber um calendário posológico e também um encaminhamento ao médico com sugestão de alteração de alguma das medicações. Considerando que 40,1% desses mesmos pacientes apresentaram algum tipo de alteração na farmacoterapia quando retornaram à consulta, é possível que tais alterações tenham levado o paciente a apresentar problemas de adesão e administração com esses medicamentos, dessa forma o problema se mantém presente mesmo no retorno. Estudos mostram que a complexidade do regime terapêutico e a má explicação dada aos pacientes sobre os medicamentos que irão utilizar são fatores que aumentam as chances de não adesão^{191,254}, cerca de 50% dos pacientes deixam o consultório médico sem ter compreendido o que lhes foi explicado²⁵⁴.

Quando analisamos os problemas independente de sua categoria, observamos que dos 15 problemas mais comuns em uma primeira consulta, os relacionados a administração e adesão aos medicamentos apresentam redução significativa, reforçando a afirmação feita acima sobre os problemas dentro desta categoria permanecerem, mas provavelmente serem relacionados a outros medicamentos. A literatura indica que pacientes com condições crônicas devem ser acompanhados de forma ininterrupta, mesmo após atingir todas as metas terapêuticas²⁷⁹, já que a cada consulta sintomas, dúvidas, preocupações e novas indicações de medicamentos podem surgir, e então o farmacêutico tem como dever acompanhar tais alterações¹⁹².

A descontinuação indevida do medicamento pelo paciente foi um dos problemas que não apresentou redução significativa entre primeira consulta e

retorno, assim como não houve redução de reações adversas e também de problemas de tratamento não efetivo com causa identificada. É possível traçar uma relação entre estes três problemas, já que conhecidamente pacientes descontinuem seus tratamentos pela ocorrência de reações adversas a medicamentos, e conseqüentemente não atingem os resultados terapêuticos esperados com o tratamento²⁸⁰.

Já quando analisamos o número de intervenções realizadas nas primeiras consultas e nos retornos, as intervenções que apresentaram redução significativa foram justamente as que não são repetidas, necessariamente, a cada consulta. A recomendação de monitorização, tanto auto monitoramento quanto exames laboratoriais, as duas também com redução significativa quando analisadas individualmente, quando realizada oferece resultados os quais são avaliados pelo farmacêutico na consulta de retorno, e não são necessários novos resultados a cada consulta. O monitoramento laboratorial terá a repetição necessária após no mínimo três meses, das condições mais prevalentes^{167,168,281}, salvo exceções de condições específicas em que deve existir acompanhamento mensal. Já o auto monitoramento oferece um panorama do controle de algumas condições no dia-a-dia do paciente, e o seu resultado pode ser usado para elaboração de plano terapêutico, realização de intervenções, e também estipular metas no tratamento do paciente.

A provisão de materiais, outra categoria de intervenções com redução significativa entre primeira consulta e retorno, também era esperada que apresentasse redução. Materiais entregues em primeiras consultas ao paciente podem não ser necessários em próximas consultas, a não ser que seja feita alguma mudança no tratamento ou um novo problema identificado. De todas as possibilidades de materiais que podem ser entregues a pacientes, o mais utilizado foi o calendário posológico, o qual tem o objetivo de auxiliar na organização dos medicamentos, horários de administração deles e também lembrete para tomá-los^{282,283}. Quando analisado de forma independente, a entrega de calendários posológicos também apresentou queda significativa, corroborando com os resultados encontrados na análise das intervenções por categorias.

Categorias de intervenções como aconselhamento, problemas de seleção ou prescrição de medicamentos e encaminhamento para outros profissionais de saúde não obtiveram diminuição no número de pacientes que receberam pelo menos uma das intervenções. O aconselhamento, como mencionado anteriormente, é inevitavelmente realizado em todas as consultas. Normalmente a consulta carrega um diálogo em que o paciente expõe dúvidas e incertezas sobre seu tratamento e condições de saúde, e o farmacêutico consequentemente orienta e aconselha o paciente sobre as questões postas. Já as falhas na seleção e prescrição de medicamentos, e também o encaminhamento a outros profissionais mostra a identificação de problemas ainda não solucionados e a necessidade de atendimento por outros profissionais, estabelecendo assim um trabalho colaborativo entre os membros da equipe de saúde.

A análise de intervenções individualmente mostra a relação direta entre os problemas encontrados entre primeira consulta e retornos, e também entre as categorias de intervenção e intervenções individuais. Intervenções ligadas a monitoramento (recomendação de auto monitoramento, recomendação de exame laboratorial, aconselhamento sobre auto monitoramento e entrega de diário para monitoramento) apresentaram redução significativa. Intervenções de aconselhamento e orientações relacionadas a adesão e administração também apresentaram redução significativa (aumento da dose diária, alteração da frequência ou horário de administração e aconselhamento sobre os tratamentos de forma geral), corroborando com o dado de aumento da adesão ao tratamento observada pelos farmacêuticos, e consequentemente a diminuição da necessidade de tais intervenções.

Limitações inerentes ao estudo foram enfrentadas, como o fato de se trabalhar com prontuários digitalizados como fonte de dados, assim consequente perda de dados pode ter ocorrido devido a subregistro dos dados da consulta em prontuário. Fatores como os prontuários serem em papel e extensos, com grande volume de informações a serem coletadas e registradas, também possivelmente contribuíram para o subregistro.

Outras limitações encontradas foram observadas, como o pequeno número de retornos realizados. Além do estudo ter avaliado as consultas do

período de implantação do serviço na atenção primária de Curitiba e os profissionais estarem em capacitação, o número de retornos no período de seis meses foi baixo para que análises estatísticas aprofundadas fossem realizadas. O tempo de avaliação do estudo, seis meses, também foi pequeno para que avaliações do estado clínico das condições crônicas após intervenções fossem realizadas. A carga horária dos farmacêuticos que era destinada a clínica, 8h por semana, também foi limitante, impossibilitando dedicação exclusiva dos profissionais para a prática clínica.

7 CONCLUSÃO

- O presente trabalho proporcionou uma visão do perfil nosológico de 876 pacientes atendidos na atenção primária do município de Curitiba e indicou, como esperado uma alta prevalência de condições crônicas, visto que a população do estudo é em sua maioria composta por idosos. As condições clínicas mais prevalentes estão envolvidas com o aumento do risco cardiovascular, sendo elas hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus 2, dislipidemia, hipotireoidismo, doença arterial coronariana. Considerando as cinco condições mais comuns, 60% dos pacientes não possuem dados de controle atualizados em prontuário sobre a condição, ou então encontram-se com a condição não controlada.
- Mais de 90% dos pacientes são polimedicados, com mediana de 8 medicamentos e 4 condições clínicas por paciente. Essa parcela da população do estudo é, possivelmente, a que mais pode se beneficiar com um serviço de atendimento mais integral, com a participação de todos os profissionais na gestão de casos. Os medicamentos mais utilizados pelos pacientes são de prescrição para prevenção primária ou secundária de doenças cardiovasculares.
- Os problemas relacionados a farmacoterapia mais comuns refletem a falta de acompanhamento dos pacientes na atenção primária. Além disso, o número de pacientes com problemas relacionados a farmacoterapia na primeira consulta demonstra necessidade de medidas específicas orientadas à revisão da farmacoterapia e acompanhamento do uso dos medicamentos.
- O número de intervenções em primeira consulta e retornos é reflexo da quantidade de problemas da farmacoterapia identificados. Observa-se ainda que intervenções de aconselhamento tendem a se repetir nas consultas de retorno, reforçando o caráter educativo do acompanhamento. Para observação dos efeitos dessas intervenções sobre desfechos dos pacientes são necessárias novas avaliações em longo prazo, que não foram possíveis no tempo de observação deste estudo.

REFERÊNCIAS

- 1 Menicucci TMG. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. *Cad Saude Publica* 2009; **25**: 1620–1625.
- 2 Vilaça Mendes E. *As Redes de Atenção à Saúde*. 2º Edição. Organização Pan-Americana da Saúde: Brasília, 2011.
- 3 Ministério da Saúde. PORTARIA N° 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010 Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf (accessed 8 Jul2014).
- 4 Vilaça Mendes E. As Redes de Atenção à Saúde. *Cien Saude Colet* 2010; **15**: 2297–2305.
- 5 Ministério da Saúde. Resolução n. 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. 2004.http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html (accessed 8 Jul2014).
- 6 Correr CJ, Otuki MF. *A prática farmacêutica na farmácia comunitária*. Artmed: Porto Alegre, 2013.
- 7 American College of Clinical Pharmacy. The definition of clinical pharmacy. *Pharmacotherapy* 2008; **28**: 816–7.
- 8 Gomes C, Fonseca A, Santos F. A assistência farmacêutica na atenção à saúde. *FUNED* 2007.<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:A+Assist+ncia+Farmac+utica+na+Aten+o+Sa+de#9> (accessed 2 Sep2014).
- 9 Correr CJ, Otuki MF, Soler O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. *Rev Pan-Amazônica Saúde* 2011; **2**: 41–49.
- 10 Araújo ALA, Ueta JM, Freitas O. Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. *Rev Ciências Farm Básica e Apl* 2005; **26**: 87 – 92.
- 11 Leal A, Fátima M De, Iv F, Maria R, Alberto C, Gomes P. Assistência farmacêutica clínica na atenção primária à saúde por meio do Programa Saúde da Família Clinical pharmaceutical assistance in primary care services offered through. 2010; **91**: 37–45.
- 12 Kozminski M, Busby R, McGivney MS, Klatt PM, Hackett SR, Merenstein JH. Pharmacist integration into the medical home: qualitative analysis. *J Am Pharm Assoc (2003)* 2011; **51**: 173–83.
- 13 Campos GW de S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Cien Saude Colet* 1999; **4**. doi:10.1590/S1413-81231999000200013.

- 14 ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS) / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Segurança dos medicamentos: um guia para detectar e notificar reações adversas a medicamentos. Por que os profissionais de saúde precisam entrar em ação. Brasília, 2004.
- 15 WHO | Rational use of medicines. http://www.who.int/medicines/areas/rational_use/en/ (accessed 22 Feb2016).
- 16 Leape LL, Brennan TA, Laird NAN, Ph D, Lawthers ANNG, Sc D *et al.* THE NATURE OF ADVERSE EVENTS IN HOSPITALIZED PATIENTS Results of the Harvard Medical Practice Study II fecting the quality of care has grown . Curiously , how- paratively little attention from either perspective . But an important objective for those conc. 1991; **324**: 377–384.
- 17 Leite SN, Vieira M, Veber AP. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. *Cien Saude Colet* 2008; **13**: 793–802.
- 18 Altowaijri A, Phillips CJ, Fitzsimmons D. A systematic review of the clinical and economic effectiveness of clinical pharmacist intervention in secondary prevention of cardiovascular disease. *J Manag Care Pharm* 2013; **19**: 408–16.
- 19 Bugalho A, Carneiro AV. Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crônicas. Lisboa, 2004[http://cembe.org/avc/docs/NOC deAdes%C3%A3o a Patologias Cr%C3%B3nicas CEMBE 2004.pdf](http://cembe.org/avc/docs/NOC_deAdes%C3%A3o_a_Patologias_Cr%C3%B3nicas_CEMBE_2004.pdf) (accessed 16 Feb2016).
- 20 Bhattacharya D. Indications for Multi compartment Compliance Aids (MCA) - also known as Monitored Dosage Systems (MDS) - provision. Norwich, 2005.
- 21 Brasil. Ministério da Saúde. *Caderno 2: Capacitação para Implantação dos Serviços de Clínica Farmacêutica*. Brasília, 2014.
- 22 Brasil. Ministério da Saúde. *Caderno 1: Serviços farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde*. 2014.http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf (accessed 22 Feb2016).
- 23 Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 2014; **21**: 15–35.
- 24 Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; **377**: 1778–97.
- 25 Bengoa R, Nuño Solís R. Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. 2008; : 176.
- 26 Vilaça Mendes E. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária*

- à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.* Organização Pan-Americana da Saúde: Brasília - DF, 2012.
- 27 WHO | The world health report 2000 - Health systems: improving performance. <http://www.who.int/whr/2000/en/> (accessed 12 Feb2016).
 - 28 Mendes EV. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. 2002.<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILA CS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=359267&indexSearch=ID> (accessed 12 Feb2016).
 - 29 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. 2009.
 - 30 IBGE :: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2014/defaulttab_xls.shtm (accessed 12 Feb2016).
 - 31 Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde e Soc* 2011; **20**: 867–874.
 - 32 Fernandez JMD. *Los sistemas integrados de salud: un modelo para avanzar tras completar las transfe- rencias.* B & F Gestión y Salud: Barcelona, 2004.
 - 33 Sousa F de OS, Medeiros KR de, Gurgel Júnior GD, Albuquerque PC de. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. *Cien Saude Colet* 2014; **19**: 1283–1293.
 - 34 Barbiani R, Junges JR, Nora CRD, Asquidamini F. A produção científica sobre acesso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil: avanços, limites e desafios. *Saúde e Soc* 2014; **23**: 855–868.
 - 35 Ministério da Saúde. Política nacional de medicamentos. Brasília - Brasil, 2001.
 - 36 Congresso Nacional. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.
 - 37 Vieira FS. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 2010; **27**: 149–156.
 - 38 Araújo A da LA de, Pereira LRL, Ueta JM, Freitas O de. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet* 2008; **13**: 611–617.
 - 39 Oliveira LCF de, Assis MMA, Barboni AR. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. *Cien Saude Colet* 2010; **15**: 3561–3567.
 - 40 Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA GM Nº 3.237 de 24 DE

- DEZEMBRO de 2007. Aprovar as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde. 2007.
- 41 Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 204, DE 29 DE JANEIRO DE 2007 Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. 2007.
 - 42 Saúde M da. PORTARIA Nº 1.214, DE 13 DE JUNHO DE 2012 Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR- SUS). 2012.
 - 43 Benrimoj C, Feletto E, Gastelurrutia A, Martinez F, Faus M. A holistic and integrated approach to implementing cognitive pharmaceutical services. 2010.<https://opus.lib.uts.edu.au/handle/10453/15497> (accessed 21 Feb2016).
 - 44 GASTELURRUTIA MA, FERNÁNDEZ-LLIMÓS F, GARCÍA DELGADO P, GASTELURRUTIA P, FAUS, M.J.; BENRIMOJ SI. Barriers and facilitators to the dissemination and implementation of cognitive services in Spanish community pharmacies. *Seguim Farmacoter* 2005; **3**: 65–77.
 - 45 FIP. Declaración de la FIP sobre Normas Profesionales. La Haya, 1998http://fip.org/www/uploads/database_file.php?id=167&table_id= (accessed 21 Feb2016).
 - 46 PHARMACEUTICAL SERVICES NEGOTIATING COMMITTEE. Community Pharmacy Medicines Management: a resource pack for community pharmacists. 2005.
 - 47 Bluml BM. Definition of medication therapy management: development of professionwide consensus. *J Am Pharm Assoc (2003)* 2005; **45**: 566–72.
 - 48 (APAC) APAC. Guiding Principles for medication management in the community. <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/apac-publications-guiding> (accessed 21 Feb2016).
 - 49 DEPARTMENT OF HEALTH. Implementing the new Community Pharmacy Contractual Framework: Information for Primary Care Trusts. London, 2008.
 - 50 PHARMACEUTICAL SOCIETY OF AUSTRALIA. Professional Practice Standards version 4 - Pharmaceutical Society of Australia. 2010.<https://www.psa.org.au/supporting-practice/professional-practice-standards/version-4> (accessed 21 Feb2016).
 - 51 Rotta I. *Desenvolvimento e avaliação de um sistema para caracterização de serviços farmacêuticos clínicos: projeto DEPICT*. 2015.
 - 52 Northern Health and Social Services Board. A Guide To Patient Medication Review. Ballymena:, 2003.
 - 53 CLYNE W, BLENKINSOPP A, SEAL R. A Guide to Medication Review. 2008.<http://www2.cff.org.br/userfiles/52> - CLYNE W A guide to medication

- review 2008.pdf (accessed 21 Feb2016).
- 54 Joint Commission Resources. Medication Reconciliation Handbook. Oakbrook Terrace, 2009http://www.jointcommissioninternational.org/assets/1/14/MRH09_Sample_Pages.pdf (accessed 22 Feb2016).
 - 55 Cipolle R, Strand L, Morley P. *Pharmaceutical Care Practice: The Clinician's Guide*. McGraw-Hill: New York, 2004.
 - 56 Souza TT de, Godoy RR, Rotta I, Pontarolo, Roberto R, Fernandez-Llimós F, Correr CJ. Morbidade e mortalidade relacionadas a medicamentos no Brasil: revisão sistemática de estudos observacionais. *Rev Bras Ciências Farm Básica e Apl* 2014.
 - 57 CONSENSUS COMITEE. Second Consensus of Granada on Drug Therapy Problems. *Ars Pharm* 2002; **43**: 175–84.
 - 58 Comité de Consenso de Granada. Tercer Consenso de Granada sobre problemas relacionados con medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM). *Ars Pharm* 2007; **48**: 5–17.
 - 59 Dormann H, Neubert A, Criegee-Rieck M, Egger T, Radespiel-Tröger M, Azaz-Livshits T *et al*. Readmissions and adverse drug reactions in internal medicine: the economic impact. *J Intern Med* 2004; **255**: 653–63.
 - 60 Suh DC, Woodall BS, Shin SK, Hermes-De Santis ER. Clinical and economic impact of adverse drug reactions in hospitalized patients. *Ann Pharmacother* 2000; **34**: 1373–9.
 - 61 Golay A. Pharmacoeconomic aspects of poor adherence: can better adherence reduce healthcare costs? *J Med Econ* 2011; **14**: 594–608.
 - 62 Hampton T. Data mining approach shows promise in detecting unexpected drug interactions. *JAMA* 2011; **306**: 144.
 - 63 Hartman SE. Why do ineffective treatments seem helpful? A brief review. *Chiropr Osteopat* 2009; **17**: 10.
 - 64 Köbberling J. Ineffective treatments are harmful. *Dtsch Ärzteblatt Int* 2010; **107**: 196.
 - 65 MINO-LEON D *et al*. A pharmacoepidemiological study of potential drug interactions and their determinant factors in hospitalized patients. *Rev Investig clínica* 2011; **63**: 170–8.
 - 66 Ernst FR, Grizzle AJ. Drug-related morbidity and mortality: updating the cost-of-illness model. *J Am Pharm Assoc (Wash)*; **41**: 192–9.
 - 67 Villa TCS, Brunello MEF, Arcêncio RA, Sasaki CM, Assis EG de, Gonzalez RIC. Fatores preditivos aos resultados desfavoráveis no tratamento da tuberculose: revisão integrativa da literatura (2001-2005). Online Brazilian J. Nurs. 2007; **7**.<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1098/288> (accessed 21 Feb2016).
 - 68 Sorodoc V, Jaba IM, Lionte C, Mungiu OC, Sorodoc L. Epidemiology of

- acute drug poisoning in a tertiary center from Iasi County, Romania. *Hum Exp Toxicol* 2011; **30**: 1896–903.
- 69 Vlayen A, Verelst S, Bekkering GE, Schrooten W, Hellings J, Claes N. Incidence and preventability of adverse events requiring intensive care admission: a systematic review. *J Eval Clin Pract* 2012; **18**: 485–97.
 - 70 Traynor K. Poor medication adherence remains a problem. *Am J Health Syst Pharm* 2012; **69**: 1850.
 - 71 Tangiisuran B, Davies JG, Wright JE, Rajkumar C. Adverse drug reactions in a population of hospitalized very elderly patients. *Drugs Aging* 2012; **29**: 669–79.
 - 72 Ninan B, Wertheimer AI. Withdrawing Drugs in the U.S. Versus Other Countries. 2012.<http://conservancy.umn.edu/handle/11299/137111> (accessed 21 Feb2016).
 - 73 Gyllensten H, Hakkarainen KM, Jönsson AK, Andersson Sundell K, Hägg S, Rehnberg C *et al.* Modelling drug-related morbidity in Sweden using an expert panel of pharmacists'. *Int J Clin Pharm* 2012; **34**: 538–46.
 - 74 Fernández-Carrión F, Gaboli M, González-Celador R, Gómez de Quero-Masía P, Fernández-de Miguel S, Murga-Herrera V *et al.* Withdrawal syndrome in the pediatric intensive care unit. Incidence and risk factors. *Med Intensiva* 2013; **37**: 67–74.
 - 75 World Health Organization. Conceptual framework for the international classification for patient safety version 1.1: final technical report January 2009. 2010.<http://www.who.int/iris/handle/10665/70882> (accessed 21 Feb2016).
 - 76 Fernández-Llimós F, Tuneu L, Baena MI, Garcia-Delgado A, Faus MJ. Morbidity and mortality associated with pharmacotherapy. Evolution and current concept of drug-related problems. *Curr Pharm Des* 2004; **10**: 3947–67.
 - 77 FERNANDEZ-LLIMOS F *et al.* Evolución del concepto de problemas relacionados con medicamentos: resultados como el centro del nuevo paradigma. *Seguim Farmacoter* 2005; **3**: 167–88.
 - 78 Aronson JK, Ferner RE. Clarification of terminology in drug safety. *Drug Saf* 2005; **28**: 851–70.
 - 79 Lisby M, Nielsen LP, Brock B, Mainz J. How are medication errors defined? A systematic literature review of definitions and characteristics. *Int J Qual Health Care* 2010; **22**: 507–18.
 - 80 Masotti P, McColl MA, Green M. Adverse events experienced by homecare patients: a scoping review of the literature. *Int J Qual Health Care* 2010; **22**: 115–25.
 - 81 Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 1990; **47**: 533–43.
 - 82 Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lamsam GD. Drug-related

- problems: their structure and function. *DICP* 1990; **24**: 1093–7.
- 83 CIPOLE RJ, STRAND LM, MORLEY PC. *Pharmaceutical Care practice*. McGraw-Hill: New York, 1998.
 - 84 STRAND LM et al. Problemas relacionados con el medicamento: su estructura y función. *Pharmaceutical Care España*, v. 1, p.127-32, 1999. *Pharm Care España* 1999; **1**: 127–132.
 - 85 ASHP Council on Professional affairs. Draft statement on pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 1993; **50**: 126–8.
 - 86 Affairs. AC on P. ASHP guidelines on a standardized method for pharmaceutical care. *Am J Health Syst Pharm* 1996; **53**: 1713–6.
 - 87 WESTERLUND T. A national pharmacy chain-pros and cons of the Swedish system. *Manag Pharm Care* 2001; **1**: 83–88.
 - 88 WESTERLUND T. *Drug-related problems: identification, characteristics and pharmacy interventions*. 2002.
 - 89 Westerlund LOT, Handl WHA, Marklund BRG, Allebeck P. Pharmacy practitioners' views on computerized documentation of drug-related problems. *Ann Pharmacother* 2003; **37**: 354–60.
 - 90 PANEL DE CONSENSO AD HOC. Consenso de Granada sobre problemas relacionados con medicamentos. *Pharm Care España* 1999; **1**.
 - 91 World Health Organization. World alliance for patient safety : WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems : from information to action. 2005.<http://www.who.int/iris/handle/10665/69797> (accessed 21 Feb2016).
 - 92 FRENCH SOCIETY OF CLINICAL PHARMACY. Terminologie de l'erreur médicamenteuse. Société Française de Pharmacie Clinique. Paris, 2005.
 - 93 NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION (NCC MERP). Taxonomy of Medication Errors. <http://www.nccmerp.org/sites/default/files/taxonomy2001-07-31.pdf> (accessed 21 Feb2016).
 - 94 Becquemont L. Pharmacogenomics of adverse drug reactions: practical applications and perspectives. *Pharmacogenomics* 2009; **10**: 961–9.
 - 95 GUEVARA JL, MOYA V. *Toxicología médica, clínica y laboral*. ed. Madrid: Interamericana. McGrawHill, 1995.
 - 96 Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Glossário. <http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/anvisa/posuso/farmacovigilancia>. (accessed 21 Feb2016).
 - 97 Hanlon JT, Schmader KE, Koronkowski MJ, Weinberger M, Landsman PB, Samsa GP et al. Adverse drug events in high risk older outpatients. *J Am Geriatr Soc* 1997; **45**: 945–8.

- 98 Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, Rothschild J, Debellis K, Seger AC *et al.* Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. *JAMA* 2003; **289**: 1107–16.
- 99 Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. An update. *Arch Intern Med* 1997; **157**: 1531–6.
- 100 Fick D. Potentially Inappropriate Medication Use in a Medicare Managed Care Population: Association with Higher Costs and Utilization. *J Manag Care Pharm* 2001; **7**: 407–413.
- 101 Farfel JM, Accorsi TAD, Franken M, Doudement SP, Moran M, Iervolino M *et al.* Adverse drug events leading to emergency department visits in elderly: the role of inappropriate prescription. *Einstein (São Paulo, Brazil)* 2010; **8**: 175–9.
- 102 SOARES MA *et al.* Critérios de avaliação de prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados: Uma Revisão Sistemática. *Acta Med Port* 2011; **24**: 775–84.
- 103 HAYNES RB. Introduction. In: HAYNES, R. B.; TAYLOR DW. S (ed). *Compliance in Health Cared*. The Johns Hopkins University Press: Baltimore, 1979.
- 104 Rice JM, Lutzker JR. Reducing noncompliance to follow-up appointment keeping at a family practice center. *J Appl Behav Anal* 1984; **17**: 303–11.
- 105 WHO | ADHERENCE TO LONG-TERM THERAPIES: EVIDENCE FOR ACTION.
http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/
(accessed 21 Feb2016).
- 106 Almeida HO de, Versiani ER, Dias A de R, Novaes MR CG, Trindade EMV. Adesão a tratamentos entre idosos. *Comun ciênc saúde*; **18**: 57–67.
- 107 Leite SN, Vasconcellos M da PC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Cien Saude Colet* 2003; **8**: 775–782.
- 108 DIMIDJIAN S, HOLLON SD. Introduction: What can be learned when empirically supported treatments fail? *Cogn Behav Pract* 2011; **18**: 303–305.
- 109 Brasil. PORTARIA Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. 2008.
- 110 Correr CJ. IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇOS FARMACÊUTICOS CLÍNICOS INTEGRADOS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE CURITIBA. 2014.
- 111 Crisp GD, Burkhart JI, Esserman DA, Weinberger M, Roth MT. Development and testing of a tool for assessing and resolving medication-related problems in older adults in an ambulatory care setting: the individualized medication assessment and planning (iMAP) tool. *Am J*

Geriatr Pharmacother 2011; **9**: 451–60.

- 112 Sabater D, Fernandez-Ilimos F, Parras M, Faus MJ. Types of pharmacist intervention in pharmacotherapy follow-up Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento farmacoterapéutico. 2005; **3**: 90–97.
- 113 Ruths S, Viktil KK, Blix HS. Classification of drug-related problems. 2003-2010 Pharm. Care Netw. Eur. Found. 2007; **127**: 3073–6.
- 114 van Mil JWF, Westerlund LOT, Hersberger KE, Schaefer MA. Drug-related problem classification systems. *Ann Pharmacother* 2004; **38**: 859–67.
- 115 Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010 / ABESO. Itapevi, SP, 2009http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf (accessed 15 Jan2016).
- 116 World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. World Health Organization, 2000http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/ (accessed 15 Jan2016).
- 117 Arya V, Pinto S, Singer J. Understanding awareness of pharmacist-led medication therapy management among primary care physicians in New York City, Part II: Findings and implications. *J Med Pract Manage*; **29**: 187–94.
- 118 Holland DM. Interdisciplinary collaboration in the provision of a pharmacist-led discharge medication reconciliation service at an Irish teaching hospital. *Int J Clin Pharm* 2015; **37**: 310–9.
- 119 Herrera Marín R, Estrada Acevedo JI, Restrepo Jimenez AM. [Association between the evaluation by a patient care team and compliance with the claim of drugs in pharmacy]. *Farm Hosp órgano Of expresión científica la Soc Española Farm Hosp*; **39**: 6–12.
- 120 Cavanaugh JJ, Lindsey KN, Shilliday BB, Ratner SP. Pharmacist-coordinated multidisciplinary hospital follow-up visits improve patient outcomes. *J Manag care Spec Pharm* 2015; **21**: 256–60.
- 121 Carter BL, Ardery G, Dawson JD, James P a, Bergus GR, Doucette WR *et al.* Physician and pharmacist collaboration to improve blood pressure control. *Arch Intern Med* 2009; **169**: 1996–2002.
- 122 United Nations. Report of the Second World Assembly on Ageing. Madrid, 2002.
- 123 World Health Organization. Active Ageing – A Policy Framework. Madrid, 2002.
- 124 Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses--United States, 2000-2004. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2008; **57**: 1226–8.

- 125 World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2011. World Health Organization, 2011http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/ (accessed 22 Jan2016).
- 126 Rigotti NA. Benefits and risks of smoking cessation. 2015.http://www.uptodate.com/contents/benefits-and-risks-of-smoking-cessation?source=search_result&search=riscos+fumar&selectedTitle=1%7E150 (accessed 22 Jan2016).
- 127 Anthonisen NR, Skeans MA, Wise RA, Manfreda J, Kanner RE, Connett JE. The effects of a smoking cessation intervention on 14.5-year mortality: a randomized clinical trial. *Ann Intern Med* 2005; **142**: 233–9.
- 128 Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004; **328**: 1519.
- 129 Mukamal KJ. Overview of the risks and benefits of alcohol consumption. 2016.http://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-risks-and-benefits-of-alcohol-consumption?source=search_result&search=ingestao+bebidas+alcoolicas&selectedTitle=1%7E150#H2 (accessed 22 Jan2016).
- 130 Edelman EJ, Fiellin DA. Alcohol Use. *Ann Intern Med* 2016; **164**: ITC1–ITC16.
- 131 Sheridan J, Stewart J, Smart R, McCormick R. Risky drinking among community pharmacy customers in New Zealand and their attitudes towards pharmacist screening and brief interventions. *Drug Alcohol Rev* 2012; **31**: 56–63.
- 132 Fitzgerald N, Youngson E, Cunningham S, Watson M, Stewart D. Support for community pharmacy-based alcohol interventions: a Scottish general public survey. *Public Health* 2015; **129**: 1431–8.
- 133 Brown D, Portlock J, Rutter P, Nazar Z. From community pharmacy to healthy living pharmacy: positive early experiences from Portsmouth, England. *Res Social Adm Pharm*; **10**: 72–87.
- 134 McCaig D, Fitzgerald N, Stewart D. Provision of advice on alcohol use in community pharmacy: a cross-sectional survey of pharmacists' practice, knowledge, views and confidence. *Int J Pharm Pract* 2011; **19**: 171–8.
- 135 Blenkinsopp A, Anderson C, Armstrong M. Systematic review of the effectiveness of community pharmacy-based interventions to reduce risk behaviours and risk factors for coronary heart disease. *J Public Health Med* 2003; **25**: 144–53.
- 136 Giberson SF. Million Hearts(TM): pharmacist-delivered care to improve cardiovascular health. *Public Health Rep*; **128**: 2–6.
- 137 World Health Organization. Global health risks. World Health Organization, 2009http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/global_health_risks/en/ (accessed 22 Jan2016).

- 138 World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. 2010.http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/ (accessed 22 Jan2016).
- 139 Kodama S. Cardiorespiratory Fitness as a Quantitative Predictor of All-Cause Mortality and Cardiovascular Events in Healthy Men and Women. *JAMA* 2009; **301**: 2024.
- 140 Peterson DM. The benefits and risks of exercise. 2015.http://www.uptodate.com/contents/the-benefits-and-risks-of-exercise?source=search_result&search=inatividade+f%C3%ADsica&selectedTitle=1%7E150 (accessed 22 Jan2016).
- 141 Nguyen NT, Magno CP, Lane KT, Hinojosa MW, Lane JS. Association of hypertension, diabetes, dyslipidemia, and metabolic syndrome with obesity: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999 to 2004. *J Am Coll Surg* 2008; **207**: 928–34.
- 142 Basile J, Bloch MJ. Overview of hypertension in adults. http://www.uptodate.com/contents/overview-of-hypertension-in-adults?source=search_result&search=hipertens%C3%A3o&selectedTitle=1%7E150 (accessed 22 Jan2016).
- 143 Forman JP, Stampfer MJ, Curhan GC. Diet and lifestyle risk factors associated with incident hypertension in women. *JAMA* 2009; **302**: 401–11.
- 144 Sonne-Holm S, Sørensen TI, Jensen G, Schnohr P. Independent effects of weight change and attained body weight on prevalence of arterial hypertension in obese and non-obese men. *BMJ* 1989; **299**: 767–70.
- 145 McCulloch DK, Hayward RA. Screening for type 2 diabetes mellitus. http://www.uptodate.com/contents/screening-for-type-2-diabetes-mellitus?source=search_result&search=diabetes&selectedTitle=3%7E150 (accessed 22 Jan2016).
- 146 Bray GA. Obesity in adults: Health hazards. 2015.http://www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-health-hazards?source=see_link#H29 (accessed 22 Jan2016).
- 147 Wilson PW, Douglas PS. Epidemiology of coronary heart disease. 2015.http://www.uptodate.com/contents/epidemiology-of-coronary-heart-disease?source=search_result&search=doen%C3%A7a+arterial+coronariana&selectedTitle=2%7E150 (accessed 22 Jan2016).
- 148 Knudsen N, Laurberg P, Rasmussen LB, Bülow I, Perrild H, Ovesen L *et al*. Small differences in thyroid function may be important for body mass index and the occurrence of obesity in the population. *J Clin Endocrinol Metab* 2005; **90**: 4019–24.
- 149 Fox CS, Pencina MJ, D'Agostino RB, Murabito JM, Seely EW, Pearce EN *et al*. Relations of thyroid function to body weight: cross-sectional and longitudinal observations in a community-based sample. *Arch Intern Med* 2008; **168**: 587–92.

- 150 Bray GA. Obesity in adults: Etiology and natural history. http://www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-etiology-and-natural-history?source=search_result&search=hipotireoidismo+obesidade&selectedTitle=1%7E150 (accessed 22 Jan2016).
- 151 Fulton MM, Riley Allen E. Polypharmacy in the elderly: A literature review. *J Am Acad Nurse Pract* 2005; **17**: 123–132.
- 152 Shah BM, Hajjar ER. Polypharmacy, adverse drug reactions, and geriatric syndromes. *Clin Geriatr Med* 2012; **28**: 173–86.
- 153 Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Veijola J, Kivelä S-L, Isoaho R. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *J Clin Epidemiol* 2002; **55**: 809–17.
- 154 Hanlon JT, Schmader KE, Ruby CM, Weinberger M. Suboptimal Prescribing in Older Inpatients and Outpatients. *J Am Geriatr Soc* 2001; **49**: 200–209.
- 155 Lu W-H, Wen Y-W, Chen L-K, Hsiao F-Y. Effect of polypharmacy, potentially inappropriate medications and anticholinergic burden on clinical outcomes: a retrospective cohort study. *CMAJ* 2015; **187**: E130–7.
- 156 Field TS, Gurwitz JH, Avorn J, McCormick D, Jain S, Eckler M *et al*. Risk factors for adverse drug events among nursing home residents. *Arch Intern Med* 2001; **161**: 1629–34.
- 157 Hohl CM, Dankoff J, Colacone A, Afilalo M. Polypharmacy, adverse drug-related events, and potential adverse drug interactions in elderly patients presenting to an emergency department. *Ann Emerg Med* 2001; **38**: 666–71.
- 158 Field TS, Mazor KM, Briesacher B, Debellis KR, Gurwitz JH. Adverse drug events resulting from patient errors in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2007; **55**: 271–6.
- 159 Olesen C, Harbig P, Buus KM, Barat I, Damsgaard EM. Impact of pharmaceutical care on adherence, hospitalisations and mortality in elderly patients. *Int J Clin Pharm* 2014; **36**: 163–71.
- 160 Ahmed B, Nanji K, Mujeeb R, Patel MJ. Effects of polypharmacy on adverse drug reactions among geriatric outpatients at a tertiary care hospital in Karachi: a prospective cohort study. *PLoS One* 2014; **9**: e112133.
- 161 Chau SH, Jansen APD, van de Ven PM, Hoogland P, Elders PJM, Hugtenburg JG. Clinical medication reviews in elderly patients with polypharmacy: a cross-sectional study on drug-related problems in the Netherlands. *Int J Clin Pharm* 2016; **38**: 46–53.
- 162 Leendertse AJ, Egberts ACG, Stoker LJ, van den Bemt PMLA. Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands. *Arch Intern Med* 2008; **168**: 1890–6.
- 163 Simonson W, Feinberg JL. Medication-related problems in the elderly: defining the issues and identifying solutions. *Drugs Aging* 2005; **22**: 559–

- 69.
- 164 Patterson SM, Cadogan CA, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC, Ryan C *et al.* Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane database Syst Rev* 2014; **10**: CD008165.
- 165 Kheir N, Awaisu A, Sharfi A, Kida M, Adam A. Drug-related problems identified by pharmacists conducting medication use reviews at a primary health center in Qatar. *Int J Clin Pharm* 2014; **36**: 702–6.
- 166 Silva C, Ramalho C, Luz I, Monteiro J, Fresco P. Drug-related problems in institutionalized, polymedicated elderly patients: opportunities for pharmacist intervention. *Int J Clin Pharm* 2015; **37**: 327–34.
- 167 VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_ERRATA.pdf (accessed 24 Jan2016).
- 168 V DIRETRIZ BRASILEIRA DE DISLIPIDEMIAS E PREVENÇÃO DA ATEROSCLEROSE. http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/V_Diretriz_Brasileira_de_Dislipidemias.pdf (accessed 24 Jan2016).
- 169 DIRETRIZ DE DOENÇA CORONÁRIA ESTÁVEL. [http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2014/Diretriz de Doen%C3%A7a Coron%C3%A1ria Est%C3%A1vel.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2014/Diretriz_de_Doen%C3%A7a_Coron%C3%A1ria_Est%C3%A1vel.pdf) (accessed 24 Jan2016).
- 170 Diagnóstico e Tratamento da Depressão. http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/036.pdf (accessed 26 Jan2016).
- 171 Unipolar depression in adults: Treatment with antidepressant combinations. http://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-treatment-with-antidepressant-combinations?source=search_result&search=depress%C3%A3o&selectedTitle=1%7E150 (accessed 26 Jan2016).
- 172 Treatment of insomnia. http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-insomnia?source=search_result&search=insonia&selectedTitle=1%7E150 (accessed 26 Jan2016).
- 173 Osteoartrite (Artrose): Tratamento. http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/077.pdf (accessed 26 Jan2016).
- 174 Initial pharmacologic therapy of osteoarthritis. http://www.uptodate.com/contents/initial-pharmacologic-therapy-of-osteoarthritis?source=search_result&search=osteoartrite&selectedTitle=2%7E150 (accessed 26 Jan2016).
- 175 ATUALIZAÇÃO DA DIRETRIZ BRASILEIRA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÔNICA - 2012. [http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2012/Diretriz IC Cr%C3%B4nica.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2012/Diretriz_IC_Cr%C3%B4nica.pdf) (accessed 24 Jan2016).

- 176 Gordilho A, Sérgio J, Silvestre J, Ramos LR, Freire MPA, Espindola N *et al.* Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Univ. Aberta da Terceira Idade. 2000; : 92p.
- 177 Hirsch JD, Steers N, Adler DS, Kuo GM, Morello CM, Lang M *et al.* Primary care-based, pharmacist-physician collaborative medication-therapy management of hypertension: a randomized, pragmatic trial. *Clin Ther* 2014; **36**: 1244–54.
- 178 Wal P, Wal A, Bhandari A, Pandey U, Rai AK. Pharmacist involvement in the patient care improves outcome in hypertension patients. *J Res Pharm Pract* 2013; **2**: 123–9.
- 179 Obreli-Neto PR, Marusic S, Guidoni CM, Baldoni A de O, Renovato RD, Pilger D *et al.* Economic evaluation of a pharmaceutical care program for elderly diabetic and hypertensive patients in primary health care: a 36-month randomized controlled clinical trial. *J Manag care Spec Pharm* 2015; **21**: 66–75.
- 180 Neto PRO, Marusic S, de Lyra Júnior DP, Pilger D, Cruciol-Souza JM, Gaeti WP *et al.* Effect of a 36-month pharmaceutical care program on the coronary heart disease risk in elderly diabetic and hypertensive patients. *J Pharm Pharm Sci* 2011; **14**: 249–63.
- 181 Drug utilization and polypharmacy among the elderly: a survey in Rio de Janeiro City, Brazil. <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v23n1/a05v23n1.pdf> (accessed 26 Jan2016).
- 182 Perfil Farmacoterapêutico de um Grupo de Idosos assistidos por um programa de Atenção Farmacêutica na Farmácia Popular do Brasil no município de Aracaju – SE. http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/2040/1248 (accessed 25 Jan2016).
- 183 Marengoni A, Winblad B, Karp A, Fratiglioni L. Prevalence of chronic diseases and multimorbidity among the elderly population in Sweden. *Am J Public Health* 2008; **98**: 1198–200.
- 184 Chen J-H, Ou H-T, Lin T-C, Lai EC-C, Yang Kao Y-H. Pharmaceutical care of elderly patients with poorly controlled type 2 diabetes mellitus: a randomized controlled trial. *Int J Clin Pharm* 2015. doi:10.1007/s11096-015-0210-4.
- 185 Chung WW, Chua SS, Lai PSM, Chan SP. Effects of a pharmaceutical care model on medication adherence and glycemic control of people with type 2 diabetes. *Patient Prefer Adherence* 2014; **8**: 1185–94.
- 186 Antoine S-L, Pieper D, Mathes T, Eikermann M. Improving the adherence of type 2 diabetes mellitus patients with pharmacy care: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Endocr Disord* 2014; **14**: 53.
- 187 Onder G, Pedone C, Landi F, Cesari M, Della Vedova C, Bernabei R *et al.* Adverse drug reactions as cause of hospital admissions: results from the Italian Group of Pharmacoepidemiology in the Elderly (GIFA). *J Am Geriatr Soc* 2002; **50**: 1962–8.

- 188 Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. *JAMA* 1998; **279**: 1200–5.
- 189 Pirmohamed M, James S, Meakin S, Green C, Scott AK, Walley TJ *et al*. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. *BMJ* 2004; **329**: 15–9.
- 190 de Lyra DP, Kheir N, Abriata JP, da Rocha CE, Dos Santos CB, Pelá IR. Impact of Pharmaceutical Care interventions in the identification and resolution of drug-related problems and on quality of life in a group of elderly outpatients in Ribeirão Preto (SP), Brazil. *Ther Clin Risk Manag* 2007; **3**: 989–98.
- 191 Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther* 2001; **26**: 331–42.
- 192 Chua SS, Kok LC, Yusof FAM, Tang GH, Lee SWH, Efendie B *et al*. Pharmaceutical care issues identified by pharmacists in patients with diabetes, hypertension or hyperlipidaemia in primary care settings. *BMC Health Serv Res* 2012; **12**: 388.
- 193 Adherence to long term therapies - Evidence for action - WHO. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf> (accessed 27 Jan2016).
- 194 Maddox TM, Ho PM. Medication adherence and the patient with coronary artery disease: challenges for the practitioner. *Curr Opin Cardiol* 2009; **24**: 468–472.
- 195 Kaissi AA, Parchman M. Organizational factors associated with self-management behaviors in diabetes primary care clinics. *Diabetes Educ* 2009; **35**: 843–50.
- 196 Ruppar TM, Conn VS. Medication Adherence: Still Looking for the Answer. *Res Gerontol Nurs* 2011; **4**: 159–160.
- 197 Simpson SH. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ* 2006; **333**: 15.
- 198 Santer M, Ring N, Yardley L, Geraghty AWA, Wyke S. Treatment non-adherence in pediatric long-term medical conditions: systematic review and synthesis of qualitative studies of caregivers' views. *BMC Pediatr* 2014; **14**: 63.
- 199 Lehane E, McCarthy G. Intentional and unintentional medication non-adherence: a comprehensive framework for clinical research and practice? A discussion paper. *Int J Nurs Stud* 2007; **44**: 1468–77.
- 200 Alhomoud F, Dhillon S, Aslanpour Z, Smith F. Medicine use and medicine-related problems experienced by ethnic minority patients in the United Kingdom: a review. *Int J Pharm Pract* 2013; **21**: 277–87.
- 201 Kempen TGH, van de Steeg-van Gompel CHPA, Hoogland P, Liu Y, Bouvy ML. Large scale implementation of clinical medication reviews in

- Dutch community pharmacies: drug-related problems and interventions. *Int J Clin Pharm* 2014; **36**: 630–5.
- 202 Cramer J, Vachon L, Desforjes C, Sussman NM. Dose frequency and dose interval compliance with multiple antiepileptic medications during a controlled clinical trial. *Epilepsia* 1995; **36**: 1111–7.
 - 203 VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO (QUESTIONÁRIO) DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA PARA PACIENTES EM POLITERAPIA: VISITAÇÃO DOMICILIAR . http://www.unifal-mg.edu.br/gpaf/files/file/monografia_k%C3%A1tia_final.pdf (accessed 29 Jan2016).
 - 204 CIPOLLE RJ, STRAND LM, MORLEY PC. *Pharmaceutical Care Practice - The Clinician's Guide*. 2ed ed. McGraw-Hill: New York, 2004.
 - 205 Shah BR, Hux JE, Laupacis A, Zinman B, van Walraven C. Clinical inertia in response to inadequate glycemic control: do specialists differ from primary care physicians? *Diabetes Care* 2005; **28**: 600–6.
 - 206 Ziemer DC, Miller CD, Rhee MK, Doyle JP, Watkins C, Cook CB *et al*. Clinical inertia contributes to poor diabetes control in a primary care setting. *Diabetes Educ*; **31**: 564–71.
 - 207 Salisbury C, Fahey T. Overcoming clinical inertia in the management of hypertension. *CMAJ* 2006; **174**: 1285–6.
 - 208 Okonofua EC, Simpson KN, Jesri A, Rehman SU, Durkalski VL, Egan BM. Therapeutic inertia is an impediment to achieving the Healthy People 2010 blood pressure control goals. *Hypertension* 2006; **47**: 345–51.
 - 209 Andrade SE, Gurwitz JH, Field TS, Kelleher M, Majumdar SR, Reed G *et al*. Hypertension management: the care gap between clinical guidelines and clinical practice. *Am J Manag Care* 2004; **10**: 481–6.
 - 210 Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL *et al*. Clinical inertia. *Ann Intern Med* 2001; **135**: 825–34.
 - 211 Egan BM, Bandyopadhyay D, Shaftman SR, Wagner CS, Zhao Y, Yulsenberg KS. Initial monotherapy and combination therapy and hypertension control the first year. *Hypertension* 2012; **59**: 1124–31.
 - 212 Overview of hypertension in adults. http://www.uptodate.com/contents/overview-of-hypertension-in-adults?source=search_result&search=in%C3%A9rcia+terapeutica&selectedTitle=1%7E26 (accessed 29 Jan2016).
 - 213 Overview of medical care in adults with diabetes mellitus. http://www.uptodate.com/contents/overview-of-medical-care-in-adults-with-diabetes-mellitus?source=search_result&search=in%C3%A9rcia+terapeutica&selectedTitle=2%7E26 (accessed 29 Jan2016).
 - 214 Rodondi N, Peng T, Karter AJ, Bauer DC, Vittinghoff E, Tang S *et al*. Therapy modifications in response to poorly controlled hypertension, dyslipidemia, and diabetes mellitus. *Ann Intern Med* 2006; **144**: 475–84.

- 215 Kuo GM, Touchette DR, Marinac JS. Drug errors and related interventions reported by United States clinical pharmacists: the American College of Clinical Pharmacy practice-based research network medication error detection, amelioration and prevention study. *Pharmacotherapy* 2013; **33**: 253–65.
- 216 Lenander C, Elfsson B, Danielsson B, Midlöv P, Hasselström J. Effects of a pharmacist-led structured medication review in primary care on drug-related problems and hospital admission rates: a randomized controlled trial. *Scand J Prim Health Care* 2014; **32**: 180–6.
- 217 Mino-León D, Reyes-Morales H, Flores-Hernández S. Effectiveness of involving pharmacists in the process of ambulatory health care to improve drug treatment adherence and disease control. *J Eval Clin Pract* 2015; **21**: 7–12.
- 218 Barbas NR, Wilde EA. Competency issues in dementia: medical decision making, driving, and independent living. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2001; **14**: 199–212.
- 219 Beckman A, Bernsten C, Parker MG, Thorslund M, Fastbom J. The difficulty of opening medicine containers in old age: a population-based study. *Pharm World Sci* 2005; **27**: 393–8.
- 220 Elliott RA, Marriott JL. Standardised assessment of patients' capacity to manage medications: a systematic review of published instruments. *BMC Geriatr* 2009; **9**: 27.
- 221 Kuzuya M, Hirakawa Y, Suzuki Y, Iwata M, Enoki H, Hasegawa J *et al.* Association between unmet needs for medication support and all-cause hospitalization in community-dwelling disabled elderly people. *J Am Geriatr Soc* 2008; **56**: 881–6.
- 222 Lieto JM, Schmidt KS. Reduced ability to self-administer medication is associated with assisted living placement in a continuing care retirement community. *J Am Med Dir Assoc*; **6**: 246–9.
- 223 Edwards IR, Aronson JK. Adverse drug reactions: definitions, diagnosis, and management. *Lancet (London, England)* 2000; **356**: 1255–9.
- 224 Chrischilles EA, Segar ET, Wallace RB. Self-reported adverse drug reactions and related resource use. A study of community-dwelling persons 65 years of age and older. *Ann Intern Med* 1992; **117**: 634–40.
- 225 Gurwitz JH, Field TS, Avorn J, McCormick D, Jain S, Eckler M *et al.* Incidence and preventability of adverse drug events in nursing homes. *Am J Med* 2000; **109**: 87–94.
- 226 Pfaffenbach G, Carvalho OM, Bergsten-Mendes G. [Drug adverse reactions leading to hospital admission]. *Rev da Assoc Médica Bras*; **48**: 237–41.
- 227 Naranjo CA, González G, Ruiz I, Busto U. [Hospital admissions due to adverse drug reactions (author's transl)]. *Rev médica Chile* 1978; **106**: 192–5.

- 228 Hurwitz N. Admissions to hospital due to drugs. *Br Med J* 1969; **1**: 539–40.
- 229 Waller P, Shaw M, Ho D, Shakir S, Ebrahim S. Hospital admissions for ‘drug-induced’ disorders in England: a study using the Hospital Episodes Statistics (HES) database. *Br J Clin Pharmacol* 2005; **59**: 213–9.
- 230 Olivier P, Boulbés O, Tubery M, Lauque D, Montastruc J-L, Lapeyre-Mestre M. Assessing the feasibility of using an adverse drug reaction preventability scale in clinical practice: a study in a French emergency department. *Drug Saf* 2002; **25**: 1035–44.
- 231 Beisl Noblat AC, Noblat LACB, Kister de Toledo LA, Moura Santos P de, Guimarães de Oliveira MG, Tanajura GM *et al*. Prevalência de admissão hospitalar por reação adversa a medicamentos em Salvador, BA. *Rev Assoc Med Bras* 2011; **57**: 42–45.
- 232 Estoque doméstico e uso de medicamentos em uma população cadastrada na estratégia saúde da família no Brasil. <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/9528/a09v29n5.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (accessed 1 Feb2016).
- 233 Santa Helena ET de, Andersen SE, Menoncin SM. Percepção dos usuários sobre acesso aos medicamentos na atenção primária. *Cad Saúde Coletiva* 2015; **23**: 280–288.
- 234 Mastroianni P de C, Lucchetta RC, Sarra J dos R, Galduróz JCF. Estoque doméstico e uso de medicamentos em uma população cadastrada na estratégia saúde da família no Brasil. 2011. <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/9528> (accessed 1 Feb2016).
- 235 Carvalho MF de, Pascom ARP, Souza-Júnior PRB de, Damacena GN, Szwarcwald CL. Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003. *Cad Saude Publica* 2005; **21**: S100–S108.
- 236 Avaliação da assistência farmacêutica no brasil: estrutura, processo e resultados. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_assistencia_farmac_eutica_estrutura_resultados.pdf (accessed 1 Feb2016).
- 237 Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E *et al*. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; **24**: 267–280.
- 238 Naves J de OS, Silver LD. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. *Rev Saude Publica* 2005; **39**: 223–230.
- 239 Comer D, Couto J, Aguiar R, Wu P, Elliott DJ. Usefulness of pharmacy claims for medication reconciliation in primary care. *Am J Manag Care* 2015; **21**: 486–93.
- 240 Stephens M, Fox B, Kukulka G, Bellamy J. Medication, allergy, and adverse drug event discrepancies in ambulatory care. *Fam Med* 2008; **40**:

- 107–10.
- 241 Nassaralla CL, Naessens JM, Hunt VL, Bhagra A, Chaudhry R, Hansen MA *et al.* Medication reconciliation in ambulatory care: attempts at improvement. *Qual Saf Health Care* 2009; **18**: 402–7.
 - 242 Varkey P, Cunningham J, Bisping DS. Improving medication reconciliation in the outpatient setting. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2007; **33**: 286–92.
 - 243 Leguelinel-Blache G, Dubois F, Bouvet S, Roux-Marson C, Arnaud F, Castelli C *et al.* Improving Patient's Primary Medication Adherence: The Value of Pharmaceutical Counseling. *Medicine (Baltimore)* 2015; **94**: e1805.
 - 244 Geurts MME, van der Flier M, de Vries-Bots AMB, Brink-van der Wal TIC, de Gier JJ. Medication reconciliation to solve discrepancies in discharge documents after discharge from the hospital. *Int J Clin Pharm* 2013; **35**: 600–7.
 - 245 Paulino EI, Bouvy ML, Gastelurrutia MA, Guerreiro M, Buurma H. Drug related problems identified by European community pharmacists in patients discharged from hospital. *Pharm World Sci* 2004; **26**: 353–60.
 - 246 LaPointe NMA, Jollis JG. Medication errors in hospitalized cardiovascular patients. *Arch Intern Med* 2003; **163**: 1461–6.
 - 247 Azzi M, Constantino M, Pont L, McGill M, Twigg S, Krass I. Medication Safety: an audit of medication discrepancies in transferring type 2 diabetes mellitus (T2DM) patients from Australian primary care to tertiary ambulatory care. *Int J Qual Health Care* 2014; **26**: 397–403.
 - 248 Gómez-Huelgas R, Artola-Menéndez S, Menéndez-Torre E. Analysis of the healthcare process of patients with type 2 diabetes mellitus and associated comorbidity treated in Spain's National Health System: A perspective of medical professionals. IMAGINE study. *Rev Clin Esp* 2016. doi:10.1016/j.rce.2015.11.009.
 - 249 Pham HH, Schrag D, O'Malley AS, Wu B, Bach PB. Care patterns in Medicare and their implications for pay for performance. *N Engl J Med* 2007; **356**: 1130–9.
 - 250 Levine M, O'Connor A. Digitalis (cardiac glycoside) poisoning. UpToDate. 2015.http://www.uptodate.com/contents/digitalis-cardiac-glycoside-poisoning?source=search_result&search=intoxica%C3%A7%C3%A3o+digoxina&selectedTitle=1%7E85 (accessed 4 Feb2016).
 - 251 Tabela 12 - Óbitos Registrados de Intoxicação Humana por Agente Tóxico e Faixa Etária. Brasil, 2012. http://sinitox.ict.fiocruz.br/sites/sinitox.ict.fiocruz.br/files//Tabela_12_2012.pdf (accessed 3 Feb2016).
 - 252 Tabela 8. Casos Registrados de Intoxicação Humana por Agente Tóxico e Sexo. Brasil, 2012. http://sinitox.ict.fiocruz.br/sites/sinitox.ict.fiocruz.br/files//Tabela_8_2012.pdf (accessed 3 Feb2016).

- 253 Tabela 7. Casos Registrados de Intoxicação Humana por Agente Tóxico e Faixa Etária. Brasil, 2012. http://sinitox.icict.fiocruz.br/sites/sinitox.icict.fiocruz.br/files//Tabela_7_2012.pdf (accessed 3 Feb2016).
- 254 Atreja A, Bellam N, Levy SR. Strategies to enhance patient adherence: making it simple. *MedGenMed* 2005; **7**: 4.
- 255 Peterson AM, Takiya L, Finley R. Meta-analysis of trials of interventions to improve medication adherence. *Am J Health Syst Pharm* 2003; **60**: 657–65.
- 256 Yuan Y, Hay JW, McCombs JS. Effects of ambulatory-care pharmacist consultation on mortality and hospitalization. *Am J Manag Care* 2003; **9**: 45–56.
- 257 Stevens VJ, Shneidman RJ, Johnson RE, Boles M, Steele PE, Lee NL. Helicobacter pylori eradication in dyspeptic primary care patients: a randomized controlled trial of a pharmacy intervention. *West J Med* 2002; **176**: 92–6.
- 258 Ley P, Llewellyn S. Improving patients understanding, recall, satisfaction and compliance. In: Broome A, Llewelyn S, editors. *Heart Psychology: Processes and Applications*. 2nd ed. London, United Kingdom: Chapman & Hall; 1995. In: Broome A, Llewelyn S (eds). *Heart Psychology: Processes and Applications*. Chapman & Hall: London, UK, 1995.
- 259 Sarrieff A, Aziz NA, Hassan Y, Ibrahim P, Darwis Y. A study of patients' self-interpretation of prescription instructions. *J Clin Pharm Ther* 1992; **17**: 125–8.
- 260 Colcher IS, Bass JW. Penicillin treatment of streptococcal pharyngitis. A comparison of schedules and the role of specific counseling. *JAMA* 1972; **222**: 657–9.
- 261 Howland JS, Baker MG, Poe T. Does patient education cause side effects? A controlled trial. *J Fam Pract* 1990; **31**: 62–4.
- 262 Logan AG, Milne BJ, Achber C, Campbell WP, Haynes RB. Work-site treatment of hypertension by specially trained nurses. A controlled trial. *Lancet (London, England)* 1979; **2**: 1175–8.
- 263 Haynes RB, Sackett DL, Gibson ES, Taylor DW, Hackett BC, Roberts RS *et al.* Improvement of medication compliance in uncontrolled hypertension. *Lancet (London, England)* 1976; **1**: 1265–8.
- 264 Bailey WC, Richards JM, Brooks CM, Soong SJ, Windsor RA, Manzella BA. A randomized trial to improve self-management practices of adults with asthma. *Arch Intern Med* 1990; **150**: 1664–8.
- 265 Levy ML, Robb M, Allen J, Doherty C, Bland JM, Winter RJ. A randomized controlled evaluation of specialist nurse education following accident and emergency department attendance for acute asthma. *Respir Med* 2000; **94**: 900–8.
- 266 McDonald HP, Garg AX, Haynes RB. Interventions to enhance patient

- adherence to medication prescriptions: scientific review. *JAMA* 2002; **288**: 2868–79.
- 267 Piette JD, Weinberger M, McPhee SJ, Mah CA, Kraemer FB, Crapo LM. Do automated calls with nurse follow-up improve self-care and glycemic control among vulnerable patients with diabetes? *Am J Med* 2000; **108**: 20–7.
 - 268 Schillinger D, Piette J, Grumbach K, Wang F, Wilson C, Daher C *et al*. Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Arch Intern Med* 2003; **163**: 83–90.
 - 269 Crane JA. Patient comprehension of doctor-patient communication on discharge from the emergency department. *J Emerg Med*; **15**: 1–7.
 - 270 Funnell MM, Anderson RM. MSJAMA: the problem with compliance in diabetes. *JAMA* 2000; **284**: 1709.
 - 271 Bertakis KD. The communication of information from physician to patient: a method for increasing patient retention and satisfaction. *J Fam Pract* 1977; **5**: 217–22.
 - 272 Conn VS, Hafdahl AR, Cooper PS, Ruppar TM, Mehr DR, Russell CL. Interventions to improve medication adherence among older adults: meta-analysis of adherence outcomes among randomized controlled trials. *Gerontologist* 2009; **49**: 447–62.
 - 273 Bernsten C, Björkman I, Caramona M, Crealey G, Frøkjær B, Grundberger E *et al*. Improving the well-being of elderly patients via community pharmacy-based provision of pharmaceutical care: a multicentre study in seven European countries. *Drugs Aging* 2001; **18**: 63–77.
 - 274 Tan ECK, Stewart K, Elliott RA, George J. Pharmacist services provided in general practice clinics: a systematic review and meta-analysis. *Res Social Adm Pharm*; **10**: 608–22.
 - 275 Tsuyuki RT. A Randomized Trial of the Effect of Community Pharmacist Intervention on Cholesterol Risk Management_{title>The Study of Cardiovascular Risk Intervention by Pharmacists (SCRIP)}. *Arch Intern Med* 2002; **162**: 1149.
 - 276 Smith SM, Carris NW, Dietrich E, Gums JG, Uribe L, Coffey CS *et al*. Physician-pharmacist collaboration versus usual care for treatment-resistant hypertension. *J Am Soc Hypertens* 2016. doi:10.1016/j.jash.2016.01.010.
 - 277 Nigro SC, Garwood CL, Berlie H, Irons B, Longyhore D, McFarland MS *et al*. Clinical Pharmacists as Key Members of the Patient-Centered Medical Home: An Opinion Statement of the Ambulatory Care Practice and Research Network of the American College of Clinical Pharmacy. *Pharmacother J Hum Pharmacol Drug Ther* 2014; **34**: 96–108.
 - 278 Katz JR. Back to Basics: providing effective patient teaching. *Am J Nurs* 1997; **97**: 33–6.

- 279 Erwin PB, Pitlick MK, Peters GL. Maintenance of Goal Blood Pressure, Cholesterol, and A1C Levels in Veterans With Type 2 Diabetes After Discharge From a Pharmacist-Managed Ambulatory Care Clinic. *Diabetes Spectr* 2015; **28**: 237–44.
- 280 Loke YK, Price D, Herxheimer A. Systematic reviews of adverse effects: framework for a structured approach. *BMC Med Res Methodol* 2007; **7**: 32.
- 281 Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2014 - 2015. 2015.
- 282 Nkansah N, Mostovetsky O, Yu C, Chheng T, Beney J, Bond CM *et al*. Effect of outpatient pharmacists' non-dispensing roles on patient outcomes and prescribing patterns. *Cochrane database Syst Rev* 2010; : CD000336.
- 283 Schlenk EA, Bernardo LM, Organist LA, Klem M Lou, Engberg S. Optimizing Medication Adherence in Older Patients: A Systematic Review. *J Clin Outcomes Manag* 2008; **15**: 595–606.

APÊNDICES

APÊNDICE A - FARMACÊUTICOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE CURITIBA E PARTICIPANTES DO PROJETO QUALIFARSUS, E SEUS RESPECTIVOS DISTRITOS SANITÁRIOS.

Beatriz Ribeiro Ditzel Patriota – Distrito Sanitário Cajuru

Cristiane Maria Chemin – Distrito Sanitário Portão

Daniele Chaves Cordeiro dos Santos – Distrito Sanitário Pinheirinho

Edson Natal Parise – Distrito Sanitário Bairro Novo

Elayne Cristina Busmayer – Distrito Sanitário Santa Felicidade

Linda Tieko Kakitani Morishita – Distrito Sanitário Boa Vista

Marília Chinasso – Distrito Sanitário Boa Vista

Marina Miyamoto – Distrito Sanitário Cajuru

Patricia Bach – Distrito Sanitário Boa Vista

Rafael Bobato – Distrito Sanitário Matriz

Rosângela de Oliveira Amorim – Distrito Sanitário Boqueirão

Rosimeire Ferreira da Costa – Distrito Sanitário CIC

Silmara Simioni – Distrito Sanitário Boa Vista

APÊNDICE B – PRONTUÁRIO PRIMEIRA CONSULTA

| SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|------|--------------|--------|--------|--------|--------|
| PERFIL DO PACIENTE | | | | | | | | | | |
| Unidade de Saúde: | | | | Data e horário da 1ª consulta: | | | | | | |
| Origem: | | | | Local de atendimento: <input type="checkbox"/> Consultório <input type="checkbox"/> Domicílio | | | | | | |
| Nome do paciente: | | | | | | | | | | |
| Data de nascimento: | | Idade: | | Gênero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino | | | | | | |
| Escolaridade: | | | | Ocupação: | | | | | | |
| Telefone: | | | | Peso: | | Altura: IMC: | | | | |
| Endereço: | | | | | | | | | | |
| Com quem mora? | | | | | | | | | | |
| Limitações: <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Locomoção <input type="checkbox"/> Fala <input type="checkbox"/> Visão <input type="checkbox"/> Audição <input type="checkbox"/> Outras: | | | | | | | | | | |
| Autonomia na gestão dos medicamentos: | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Toma medicamentos sem assistência <input type="checkbox"/> Necessita de lembretes ou de assistência <input type="checkbox"/> Incapaz de tomar sozinho | | | | | | | | | | |
| Tem cuidador? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim | | | | Nome: _____ Parentesco: _____ Telefone: _____ | | | | | | |
| Locais de armazenamento dos medicamentos em casa: | | | | | | | | | | |
| HISTÓRIA SOCIAL | | | | | | | | | | |
| Bebidas alcoólicas: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual (is)? _____ | | | | | | | | | | |
| Quantidade ingerida: _____ Frequência de uso: _____ Tempo de uso: _____ | | | | | | | | | | |
| Tabaco (cigarro, charuto, narguile): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Fumava, mas parou há _____ <input type="checkbox"/> Sim | | | | | | | | | | |
| Qual(is)? _____ Quantidade / dia _____ Anos de uso _____ Anos / maço: _____ | | | | | | | | | | |
| Exercício físico: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Tipo de atividade: _____ | | | | | | | | | | |
| Duração: _____ Frequência: _____ Sente algum incômodo? _____ | | | | | | | | | | |
| Hábitos alimentares (restrições, consumo de água e alimentos): | | | | Rotina (horários e observações importantes) | | | | | | |
| | | | | Acorda | Café | Lanche | Almoço | Lanche | Jantar | Dormir |
| | | | | | | | | | | |
| ACESSO AOS MEDICAMENTOS | | | | | | | | | | |
| Setor público | | Setor privado | | Quanto gasta com medicamentos mensalmente? | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Unidades de saúde <input type="checkbox"/> Rede Farmácia Popular <input type="checkbox"/> F. comunitária pública <input type="checkbox"/> F. especial / ambulatorial | | <input type="checkbox"/> Farmácias privadas <input type="checkbox"/> Farmácias magistrais <input type="checkbox"/> Programa "Aqui tem Farmácia Popular" | | Dificuldades de acesso: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____ _____ | | | | | | |

| PROBLEMAS DE SAÚDE / QUEIXAS | | |
|--------------------------------|---|------------------------|
| Problemas de saúde do paciente | Registrar exames, sinais e sintomas do paciente relativos a cada doença Fazer HDA quando houver queixas (Tempo – início, frequência e duração-, Localização, Característica, Gravidade, Ambiente, Fatores que agravam ou que aliviam, Sintomas associados) | Estado Clínico Atual * |
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |
| 6. | | |
| 7. | | |
| 8. | | |
| 9. | | |
| 10. | | |

* Curado (CUR) / Controlado (CON) / Melhora parcial (MPA) / Piora Parcial (PPA) / Não controlado (NCO) / Sob avaliação diagnóstica (SAD) / Desconhecido (DES)

| PERCEPÇÃO GERAL DE SAÚDE | |
|--------------------------|---------|
| Nota: | Motivo: |
| QUALIDADE DE VIDA | |
| Nota: | Motivo: |

| FARMACOTERAPIA ATUAL | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|---------------------|----------------------|------------------------|---------------------|---|--------|---|--------|---|-------|---|--------------|--------------------------|----|----|
| Princípio ativo / Concentração | Posologia Prescrita | Origem da prescrição | Para que você utiliza? | Posologia utilizada | | | | | | | | Tempo de uso | Como funciona p/ você? * | | |
| | | | | Café | | Almoço | | Lanche | | Janta | | | | HD | SN |
| | | | | A | D | A | D | A | D | A | D | | | - | - |
| 1. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20. | | | | | | | | | | | | | | | |

* Como esse medicamento funciona para você? 1 = Funciona Bem; 2 = Funciona Regular; 3 = Não Funciona Bem; 9 = Não Sei

| ADESÃO AO TRATAMENTO | | | | | |
|--|--|--------------------------|------------------------------|---|------------------------|
| A maioria das pessoas têm dificuldades para tomar seus comprimidos, o (a) senhor (a) tem alguma dificuldade para tomar os seus? | | | | | |
| <hr/> | | | | | |
| Quantas vezes, nos últimos 7 dias, o (a) senhor (a) deixou de tomar os medicamentos? | | | | | |
| O (a) senhor (a) já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos? | | | | | [] Não [] Sim |
| O (a) senhor (a) toma os medicamentos na hora indicada? | | | | | [] Não [] Sim |
| Quando o (a) senhor (a) se encontra bem, deixa de tomar seus medicamentos? | | | | | [] Não [] Sim |
| Quando o (a) senhor (a) se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos? | | | | | [] Não [] Sim |
| ALGUM DOS SEUS MEDICAMENTOS INCOMODA VOCÊ? [] Não [] Sim Se SIM, por favor, liste os nomes dos medicamentos e o quanto eles o(a) incomodam: | | | | | |
| Medicamento | Muito | Um pouco | Muito pouco | Nunca | De que forma incomoda? |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| ESTÁ SENTINDO OU JÁ SENTIU ALGUM DOS SINTOMAS ABAIXO, NOS ÚLTIMOS MESES? [] Não [] Sim | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Dor de cabeça <input type="checkbox"/> Coceira / Urticária <input type="checkbox"/> Problemas de sono <input type="checkbox"/> Problema gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Tontura / Desequilíbrio <input type="checkbox"/> Incontinência / Problema urinário <input type="checkbox"/> Problema sexual | | | <input type="checkbox"/> Dor muscular <input type="checkbox"/> Fadiga / Cansaço <input type="checkbox"/> Mudança no humor | |
| AGORA, CITAREI UMA LISTA DE PROBLEMAS QUE AS PESSOAS, ÀS VEZES, TÊM COM SEUS MEDICAMENTOS | | | | | |
| Quanto é difícil para você: | Muito difícil | Um pouco difícil | Nada difícil | Comentário (Qual medicamento) | |
| Abrir ou fechar a embalagem | | | | | |
| Ler o que está escrito na embalagem | | | | | |
| Lembrar de tomar o medicamento | | | | | |
| Conseguir o medicamento | | | | | |
| Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo | | | | | |
| TERAPIAS ALTERNATIVAS / COMPLEMENTARES (ex.: acupuntura, homeopatia, remédios caseiros) | | | | | |
| Terapia alternativa | Indicação | Frequência de utilização | Modo de preparo / utilização | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| ALERGIAS | | | | | |
| Alergias conhecidas [] Não [] Sim: | | | | | |

| PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA | MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S) |
|--|-----------------------------|
| PROBLEMAS ENVOLVENDO SELEÇÃO E PRESCRIÇÃO | |
| <input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento inapropriado ou contraindicado <input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento sem indicação clínica definida <input type="checkbox"/> Prescrição em subdose <input type="checkbox"/> Prescrição em sobredose <input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração prescrita inadequada <input type="checkbox"/> Frequência ou horários de administração prescritos inadequados <input type="checkbox"/> Duração do tratamento prescrita inadequada <input type="checkbox"/> Interação medicamento-medicamento <input type="checkbox"/> Interação medicamento-alimento <input type="checkbox"/> Condição clínica sem tratamento <input type="checkbox"/> Necessidade de medicamento adicional <input type="checkbox"/> Disponibilidade de alternativa mais custo-efetiva <input type="checkbox"/> Outros problemas de seleção e prescrição | |
| ADMINISTRAÇÃO E ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO | |
| <input type="checkbox"/> Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente <input type="checkbox"/> Adição de doses (sobredosagem) pelo paciente <input type="checkbox"/> Técnica de administração do paciente incorreta <input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração incorreta <input type="checkbox"/> Frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária <input type="checkbox"/> Duração do tratamento seguida pelo paciente incorreta <input type="checkbox"/> Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente <input type="checkbox"/> Continuação indevida do medicamento pelo paciente <input type="checkbox"/> Redução abrupta de dose pelo paciente <input type="checkbox"/> Paciente não iniciou o tratamento <input type="checkbox"/> Uso abusivo do medicamento <input type="checkbox"/> Automedicação indevida <input type="checkbox"/> Outros problemas de administração ou adesão não especificados | |
| ERRO DE DISPENSAÇÃO OU MANIPULAÇÃO | |
| <input type="checkbox"/> Dispensação de medicamento incorreto <input type="checkbox"/> Dispensação de dose incorreta <input type="checkbox"/> Dispensação de forma farmacêutica incorreta <input type="checkbox"/> Dispensação de quantidade incorreta <input type="checkbox"/> Medicamento em falta no estoque (não dispensado) <input type="checkbox"/> Outros erros de dispensação ou manipulação não especificados | |
| DISCREPÂNCIAS ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE | |
| <input type="checkbox"/> Omissão de medicamento prescrito <input type="checkbox"/> Medicamentos discrepantes <input type="checkbox"/> Duplicidade terapêutica entre prescrições <input type="checkbox"/> Doses discrepantes <input type="checkbox"/> Formas farmacêuticas ou vias de administração discrepantes <input type="checkbox"/> Duração de tratamentos discrepantes <input type="checkbox"/> Outras discrepâncias não especificadas | |
| PROBLEMAS NA QUALIDADE DO MEDICAMENTO | |
| <input type="checkbox"/> Desvio de qualidade aparente <input type="checkbox"/> Uso de medicamento vendido <input type="checkbox"/> Armazenamento incorreto <input type="checkbox"/> Outros problemas relacionados à qualidade | |
| MONITORAMENTO | |
| <input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento laboratorial <input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento não laboratorial <input type="checkbox"/> Necessidade de auto monitoramento | |
| TRATAMENTO NÃO EFETIVO | |
| <input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo com causa identificada <input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo sem causa definida | |
| REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO | |
| <input type="checkbox"/> Reação adversa dose-dependente (tipo A) <input type="checkbox"/> Reação alérgica ou idiossincrática (tipo B) <input type="checkbox"/> Reação por exposição crônica ao medicamento (tipo C) <input type="checkbox"/> Reação retardada / Teratogênese (tipo D) <input type="checkbox"/> Efeitos de descontinuação de um medicamento (tipo E) <input type="checkbox"/> Reação adversa não especificada | |
| INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS | |
| <input type="checkbox"/> Overdose / Intoxicação medicamentosa acidental <input type="checkbox"/> Overdose / Intoxicação medicamentosa intencional | |
| <input type="checkbox"/> Nenhum problema relacionado à farmacoterapia neste momento | |

| INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS | | OBSERVAÇÕES |
|---|--|-------------|
| INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO | | |
| <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamento específico <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamentos de forma geral <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condições de saúde de forma geral <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre auto monitoramento <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre acesso aos medicamentos <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre armazenamento dos medicamentos <input type="checkbox"/> Outro aconselhamento não especificado | | |
| ALTERAÇÃO OU SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO NA TERAPIA | | |
| <input type="checkbox"/> Início de novo medicamento <input type="checkbox"/> Suspensão de medicamento <input type="checkbox"/> Substituição de medicamento <input type="checkbox"/> Alteração de forma farmacêutica <input type="checkbox"/> Alteração de via de administração <input type="checkbox"/> Alteração na frequência ou horário de adm. sem alteração da dose diária <input type="checkbox"/> Aumento da dose diária <input type="checkbox"/> Redução de dose diária <input type="checkbox"/> Outras alterações na terapia não especificadas | | |
| MONITORAMENTO | | |
| <input type="checkbox"/> Recomendação de monitoramento laboratorial <input type="checkbox"/> Recomendação de monitoramento não laboratorial <input type="checkbox"/> Recomendação de auto monitoramento <input type="checkbox"/> Outras recomendações de monitoramento não especificadas | | |
| ENCAMINHAMENTO | | |
| <input type="checkbox"/> Encaminhamento a outro serviço farmacêutico <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao médico <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao enfermeiro <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao psicólogo <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao nutricionista <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Encaminhamento a serviço de suporte social <input type="checkbox"/> Encaminhamento a programa de educação estruturada <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao pronto-atendimento <input type="checkbox"/> Outros encaminhamentos não especificados | | |
| PROVISÃO DE MATERIAIS | | |
| <input type="checkbox"/> Lista ou Calendário posológico de medicamentos <input type="checkbox"/> Rótulos / Instruções pictóricas <input type="checkbox"/> Informe terapêutico/ carta ao médico ou outros profissionais <input type="checkbox"/> Material educativo impresso / Panfleto <input type="checkbox"/> Informação científica impressa <input type="checkbox"/> Diário para auto monitoramento <input type="checkbox"/> Organizador de comprimidos ou dispositivo para auxiliar na adesão ao tratamento <input type="checkbox"/> Dispositivo para auto monitoramento <input type="checkbox"/> Provisão de materiais não especificados | | |
| <input type="checkbox"/> Nenhuma intervenção realizada neste momento | | |

OUTRAS AÇÕES PACTUADAS COM O PACIENTE

FINALIZAÇÃO E AGENDAMENTO

| | | |
|--------------------------|----------------------------|-------------------------------------|
| Tempo da consulta (min): | Farmacêutico / Assinatura: | Data e horário da próxima consulta: |
|--------------------------|----------------------------|-------------------------------------|

APÊNDICE C - PRONTUÁRIO RETORNO

| REGISTRO DE CONSULTA - RETORNO | | |
|--|---|-----------------------|
| Paciente: | Data: | Hora Início: |
| RESULTADOS DAS INTERVENÇÕES ANTERIORES | | |
| MUDANÇAS DESDE A ÚLTIMA CONSULTA | Evolução / O que aconteceu: | |
| Mudanças no comportamento e adesão do paciente ao tratamento | | |
| Alterações na farmacoterapia realizadas | | |
| Exames de monitoramento realizados | | |
| Consultas realizadas com médico e outros profissionais | | |
| PROBLEMAS DE SAÚDE / QUEIXAS | | |
| Problemas de saúde do paciente | Registrar exames, sinais e sintomas do paciente relativos a cada doença Fazer HDA quando houver queixas (Tempo – início, frequência e duração-, Localização, Característica, Gravidade, Ambiente, Fatores que agravam ou que aliviam, Sintomas associados) | Estado Clínico Atual* |
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |
| 6. | | |
| 7. | | |
| 8. | | |
| 9. | | |
| 10. | | |

* Curado (CUR) / Controlado (CON) / Melhora parcial (MPA) / Piora Parcial (PPA) / Não controlado (NCO) / Sob avaliação diagnóstica (SAD) / Desconhecido (DES)

| FARMACOTERAPIA ATUAL | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|---------------------|----------------------|------------------------|---------------------|---|--------|---|--------|---|-------|---|--------------|--------------------------|----|----|
| Princípio ativo / Concentração | Posologia Prescrita | Origem da prescrição | Para que você utiliza? | Posologia utilizada | | | | | | | | Tempo de uso | Como funciona p/ você? * | | |
| | | | | Café | | Almoço | | Lanche | | Janta | | | | HD | SN |
| | | | | A | D | A | D | A | D | A | D | - | - | | |
| 1. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20. | | | | | | | | | | | | | | | |

* Como esse medicamento funciona para você? 1 = Funciona Bem; 2 = Funciona Regular; 3 = Não Funciona Bem; 9 = Não Sei

| ADESÃO AO TRATAMENTO | | | | | |
|---|---------------|---------------------------------------|--------------|----------------------------------|------------------------|
| A maioria das pessoas têm dificuldades para tomar seus comprimidos, o (a) senhor (a) tem alguma dificuldade para tomar os seus? | | | | | |
| <hr/> | | | | | |
| Quantas vezes, nos últimos 7 dias, o (a) senhor (a) deixou de tomar os medicamentos? | | | | | |
| O (a) senhor (a) já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos? [] Não [] Sim | | | | | |
| O (a) senhor (a) toma os medicamentos na hora indicada? [] Não [] Sim | | | | | |
| Quando o (a) senhor (a) se encontra bem, deixa de tomar seus medicamentos? [] Não [] Sim | | | | | |
| Quando o (a) senhor (a) se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos? [] Não [] Sim | | | | | |
| ALGUM DOS SEUS MEDICAMENTOS INCOMODA VOCÊ? [] Não [] Sim Se SIM, por favor, liste os nomes dos medicamentos e o quanto eles o(a) incomodam: | | | | | |
| Medicamento | Muito | Um pouco | Muito pouco | Nunca | De que forma incomoda? |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| ESTÁ SENTINDO OU JÁ SENTIU ALGUM DOS SINTOMAS ABAIXO, NOS ÚLTIMOS MESES? [] Não [] Sim | | | | | |
| [] Dor de cabeça | | [] Tontura / Desequilíbrio | | [] Dor muscular | |
| [] Coceira / Urticária | | [] Incontinência / Problema urinário | | [] Fadiga / Cansaço | |
| [] Problemas de sono | | [] Problema sexual | | [] Mudança no humor | |
| [] Problema gastrointestinal | | | | | |
| AGORA, CITAREI UMA LISTA DE PROBLEMAS QUE AS PESSOAS, ÀS VEZES, TÊM COM SEUS MEDICAMENTOS | | | | | |
| Quanto é difícil para você: | Muito difícil | Um pouco difícil | Nada difícil | Comentário (Qual medicamento) | |
| Abrir ou fechar a embalagem | | | | | |
| Ler o que está escrito na embalagem | | | | | |
| Lembrar de tomar o medicamento | | | | | |
| Conseguir o medicamento | | | | | |
| Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo | | | | | |
| TERAPIAS ALTERNATIVAS / COMPLEMENTARES (ex.: acupuntura, homeopatia, remédios caseiros) | | | | | |
| Terapia alternativa | Indicação | Frequência de utilização | | Modo de preparo / utilização | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| OBSERVAÇÕES | | | | | |
| | | | | | |

| PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA | | MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S) |
|--|--|-----------------------------|
| PROBLEMAS ENVOLVENDO SELEÇÃO E PRESCRIÇÃO | | |
| <input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento inapropriado ou contraindicado <input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento sem indicação clínica definida <input type="checkbox"/> Prescrição em subdose <input type="checkbox"/> Prescrição em sobredose <input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração prescrita inadequada <input type="checkbox"/> Frequência ou horários de administração prescritos inadequados <input type="checkbox"/> Duração do tratamento prescrita inadequada <input type="checkbox"/> Interação medicamento-medicamento <input type="checkbox"/> Interação medicamento-alimento <input type="checkbox"/> Condição clínica sem tratamento <input type="checkbox"/> Necessidade de medicamento adicional <input type="checkbox"/> Disponibilidade de alternativa mais custo-efetiva <input type="checkbox"/> Outros problemas de seleção e prescrição | | |
| ADMINISTRAÇÃO E ADEÇÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO | | |
| <input type="checkbox"/> Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente <input type="checkbox"/> Adição de doses (sobredosagem) pelo paciente <input type="checkbox"/> Técnica de administração do paciente incorreta <input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração incorreta <input type="checkbox"/> Frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária <input type="checkbox"/> Duração do tratamento seguida pelo paciente incorreta <input type="checkbox"/> Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente <input type="checkbox"/> Continuação indevida do medicamento pelo paciente <input type="checkbox"/> Redução abrupta de dose pelo paciente <input type="checkbox"/> Paciente não iniciou o tratamento <input type="checkbox"/> Uso abusivo do medicamento <input type="checkbox"/> Automedicação indevida <input type="checkbox"/> Outros problemas de administração ou adesão não especificados | | |
| ERRO DE DISPENSAÇÃO OU MANIPULAÇÃO | | |
| <input type="checkbox"/> Dispensação de medicamento incorreto <input type="checkbox"/> Dispensação de dose incorreta <input type="checkbox"/> Dispensação de forma farmacêutica incorreta <input type="checkbox"/> Dispensação de quantidade incorreta <input type="checkbox"/> Medicamento em falta no estoque (não dispensado) <input type="checkbox"/> Outros erros de dispensação ou manipulação não especificados | | |
| DISCREPÂNCIAS ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE | | |
| <input type="checkbox"/> Omissão de medicamento prescrito <input type="checkbox"/> Medicamentos discrepantes <input type="checkbox"/> Duplidade terapêutica entre prescrições <input type="checkbox"/> Doses discrepantes <input type="checkbox"/> Formas farmacêuticas ou vias de administração discrepantes <input type="checkbox"/> Duração de tratamentos discrepantes <input type="checkbox"/> Outras discrepâncias não especificadas | | |
| PROBLEMAS NA QUALIDADE DO MEDICAMENTO | | |
| <input type="checkbox"/> Desvio de qualidade aparente <input type="checkbox"/> Uso de medicamento vencido <input type="checkbox"/> Armazenamento incorreto <input type="checkbox"/> Outros problemas relacionados à qualidade | | |
| MONITORAMENTO | | |
| <input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento laboratorial <input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento não laboratorial <input type="checkbox"/> Necessidade de auto monitoramento | | |
| TRATAMENTO NÃO EFETIVO | | |
| <input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo com causa identificada <input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo sem causa definida | | |
| REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO | | |
| <input type="checkbox"/> Reação adversa dose-dependente (tipo A) <input type="checkbox"/> Reação alérgica ou idiossincrática (tipo B) <input type="checkbox"/> Reação por exposição crônica ao medicamento (tipo C) <input type="checkbox"/> Reação retardada / Teratogênese (tipo D) <input type="checkbox"/> Efeitos de descontinuação de um medicamento (tipo E) <input type="checkbox"/> Reação adversa não especificada | | |
| INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS | | |
| <input type="checkbox"/> Overdose / Intoxicação medicamentosa acidental <input type="checkbox"/> Overdose / Intoxicação medicamentosa intencional | | |
| <input type="checkbox"/> Nenhum problema relacionado à farmacoterapia neste momento | | |

| INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS | | OBSERVAÇÕES |
|---|----------------------------|-------------------------------------|
| INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO | | |
| <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamento específico <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamentos de forma geral <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condições de saúde de forma geral <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre auto monitoramento <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre acesso aos medicamentos <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre armazenamento dos medicamentos <input type="checkbox"/> Outro aconselhamento não especificado | | |
| ALTERAÇÃO OU SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO NA TERAPIA | | |
| <input type="checkbox"/> Início de novo medicamento <input type="checkbox"/> Suspensão de medicamento <input type="checkbox"/> Substituição de medicamento <input type="checkbox"/> Alteração de forma farmacêutica <input type="checkbox"/> Alteração de via de administração <input type="checkbox"/> Alteração na frequência ou horário de adm. sem alteração da dose diária <input type="checkbox"/> Aumento da dose diária <input type="checkbox"/> Redução de dose diária <input type="checkbox"/> Outras alterações na terapia não especificadas | | |
| MONITORAMENTO | | |
| <input type="checkbox"/> Recomendação de monitoramento laboratorial <input type="checkbox"/> Recomendação de monitoramento não laboratorial <input type="checkbox"/> Recomendação de auto monitoramento <input type="checkbox"/> Outras recomendações de monitoramento não especificadas | | |
| ENCAMINHAMENTO | | |
| <input type="checkbox"/> Encaminhamento a outro serviço farmacêutico <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao médico <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao enfermeiro <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao psicólogo <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao nutricionista <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Encaminhamento a serviço de suporte social <input type="checkbox"/> Encaminhamento a programa de educação estruturada <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao pronto-atendimento <input type="checkbox"/> Outros encaminhamentos não especificados | | |
| PROVISÃO DE MATERIAIS | | |
| <input type="checkbox"/> Lista ou Calendário posológico de medicamentos <input type="checkbox"/> Rótulos / Instruções pictóricas <input type="checkbox"/> Informe terapêutico/ carta ao médico ou outros profissionais <input type="checkbox"/> Material educativo impresso / Panfeto <input type="checkbox"/> Informação dentífica impressa <input type="checkbox"/> Diário para auto monitoramento <input type="checkbox"/> Organizador de comprimidos ou dispositivo para auxiliar na adesão ao tratamento <input type="checkbox"/> Dispositivo para auto monitoramento <input type="checkbox"/> Provisão de materiais não especificados | | |
| <input type="checkbox"/> Nenhuma intervenção realizada neste momento | | |
| OUTRAS AÇÕES PACTUADAS COM O PACIENTE | | |
| <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | | |
| FINALIZAÇÃO E AGENDAMENTO | | |
| Tempo da consulta (min): | Farmacêutico / Assinatura: | Data e horário da próxima consulta: |